

Opinnäytetyö (AMK)

Ensihoitaja (AMK)

Kevät 2016

Reetta Pelkonen & Henna Turunen

**MATKASYNNYTYKSESSÄ  
AVUSTAMINEN –  
ENSIHOITAJIEN NÄKEMYS  
OMISTA VALMIUKSISTAAN**  
– kyselytutkimus

Reetta Pelkonen & Henna Turunen

# MATKASYNNYTYKSESSÄ AVUSTAMINEN – ENSIHOITAJIEN NÄKEMYS OMISTA VALMIUKSISTAAN

- kyselytutkimus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ensihoitajien näkemys omista valmiuksistaan matkasynnytyksessä avustamiseen.

Matkasynnytykseksi määritetään tilanne, jossa lapsi syntyy ennalta suunnittelemattomasti sairaalan ulkopuolella. Useimmiten synnytyksessä on tällöin avustajana ensihoitaja. Synnytyssairaaloiden vähentämisen vuoksi matkasynnytysten määrät tulevat kasvamaan lähivuosina.

Opinnäytetyössä selvitettiin ensihoitajien näkemystä omasta tiedostaan ja osaamisestaan matkasynnytyksen eri vaiheiden hoidosta. Vastaajilta kysyttiin mielipidettä osaamisestaan tilannearviossa, synnytyksen eri vaiheissa, poikkeavissa synnytyksissä ja vastasyntyneen hoidossa. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella Webropol-ohjelman avulla. Kyselylomake lähetettiin Varsinais-Suomen alueen Med Group Oy:n vakituisille työntekijöille ja keikkalaisille.

Tutkimuksen tuloksena selvisi, että ensihoitajat kokevat pääsääntöisesti osaamisensa matkasynnytyksessä avustamiseen kohtalaiseksi. Parhaiten osattu vaihe oli tilannearvion tekeminen sekä avautumisvaiheen hoito. Heikoiten vastaajat kokivat hallitsevansa jälkeisvaiheen ja poikkeavien synnytysten hoidon. Vastaajista lähes puolella oli ennestään kokemusta matkasynnytyksessä avustamisesta. Ensihoitajien lisäkoulutustarve matkasynnytykseen liittyen nousi vastauksissa vahvasti esille.

Opinnäytetyö kuuluu suunnitteilla olevaan Turvallinen raskaus ja synnytys - koulutusmalli ensihoitohenkilöstölle - hankkeeseen.

## ASIASANAT:

Ensihoito, synnytys, matkasynnytys, synnytysosaaminen, vastasyntynyt.

Reetta Pelkonen & Henna Turunen

# PARAMEDICS PREPAREDNESS TO DELIVER OUT-OF-HOSPITAL BIRTH

- inquiry research

The purpose of this thesis was finding out the paramedics preparedness to deliver out-of-hospital birth.

Out-of-hospital birth is defined as a birth that happens unpredictably, outside of hospital. Mostly in these cases the person who delivers the baby is a paramedic. Due to the decreasing number of birth-hospitals, the number of out-of-hospital births will grow in the following years.

This thesis found out what was paramedics sight of their knowledge and expertise in different steps of the birth. The paramedics were asked for their opinions about their expertise in review assessment, different steps of the birth, abnormal births and caring the infant.

The research was executed with an inquiry through the Webropol - software. The inquiry was sent to the regular and substitute employees of Med Group Oy in Southwest Finland area. The research discovered that paramedics believe their expertise is mainly moderate. The strongest field of expertise was in review assessment and the beginning step of the birth. The hardest part for the paramedics were the births after period and the abnormal births.

Almost half of the paramedics had already experience in delivering a baby outside the hospital. Paramedics further education in out-of-hospital births was strongly arisen.

The thesis is part of the incoming project: Safe pregnancy and birth – education model for the emergency care employees.

## KEYWORDS:

Emergency care, birth, out-of-hospital birth, expertise in birth, newborn.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 SYNNYTYS</b>	<b>9</b>
2.1 Normaali synnytys	10
2.1.1 Avautumisvaihe	10
2.1.2 Ponnistusvaihe	11
2.1.3 Jälkeisvaihe	11
2.2 Poikkeava synnytys	12
2.2.1 Perätilasynnytys	12
2.2.2 Monisikiöinen raskaus	12
2.2.3 Napanuoran esiinluiskahdus	13
<b>3 MATKASYNNYTYS ENSIHOIDOSSA</b>	<b>14</b>
3.1 Ensihoitopalvelu	14
3.2 Ensihoito synnytystehtävällä	15
3.3 Ensihoitajien osaamisvalmiudet matkasynnytyksessä avustamiseen	16
3.4 Matkasynnytys	17
3.4.1 Tilannearvio	18
3.4.2 Avautumis- ja ponnistusvaiheen hoito	20
3.4.3 Jälkeisvaiheen hoito	22
3.5 Poikkeavien synnytysten hoito	22
3.5.1 Perätilasynnytys	23
3.5.2 Monisikiösynnytys	24
3.5.3 Napanuoran esiinluiskahdus	24
<b>4 VASTASYNTYNEEN HOITO JA ELVYTYS</b>	<b>25</b>
4.1 Vastasyntyneen hoito	25
4.2 Vastasyntyneen stimulointi	26
4.3 Vastasyntyneen elvytys	27
<b>5 AIKAISEMMAT TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>29</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>31</b>
<b>7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUMINEN</b>	<b>32</b>

7.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä	32
7.2 Kohderyhmä ja otoksen / näytteen valinta	33
7.3 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus	34
7.4 Aineiston käsittely, analysointi ja tulosten kuvaaminen	34
<b>8 TULOKSET</b>	<b>36</b>
8.1 Taustatiedot	36
8.2 Osaaminen synnytyksen eri vaiheissa	37
8.2.1 Tilannearvio	37
8.2.2 Avautumisvaihe	38
8.2.3 Ponnistusvaihe	39
8.2.4 Jälkeisvaihe	40
8.2.5 Poikkeavat synnytykset	40
8.2.6 Vastasyntyneen hoito ja virvoittelu	41
8.3 Synnytyksen vaativin vaihe	42
8.4 Kokemus tietämisestä ja osaamisesta taustamuuttujittain	46
8.4.1 Kokemus matkasynnytyksessä avustamisessa	46
8.4.2 Työkokemus	47
8.4.3 Simulaatioharjoitus	49
8.5 Koulutustarve	50
<b>9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>52</b>
<b>10 POHDINTA</b>	<b>55</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>57</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Äitiyskortti 2015
- Liite 2. Aineistonkeruulupalomake
- Liite 3. Saatekirje ensihoitajille
- Liite 4. Kyselylomake ensihoitajille

## KUVAT

Kuva 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä naisen ensihoito- ja hoitotyökurssin tavoitteet (Turun ammattikorkeakoulu 2013).	17
Kuva 2. Napanuoran leikkaaminen (Laajasalo & Rusanen 2015, 275).	22
Kuva 3. Mauriceau-Smellie-Veit ote (Gimowsky, M 2008).	23
Kuva 4. Vastasyntyneen stimulointi hengityksen käynnistämiseksi (Käypä hoito -kuvat 2014).	26

## KUVIOT

Kuvio 1. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2004–2014 (THL 2015b).	9
Kuvio 2. Ensihoitajien näkemys tiedostaan ja osaamisestaan tilannearviossa ja synnytyksen eri vaiheissa.	37
Kuvio 3. Tilannearvion osaaminen.	38
Kuvio 4. Avautumisvaiheen osaaminen.	38
Kuvio 5. Ponnistusvaiheen osaaminen.	39
Kuvio 6. Jälkeisvaiheen osaaminen.	40
Kuvio 7. Poikkeavien synnytysten osaaminen.	41
Kuvio 8. Vastasyntyneen hoidon ja virvoittelun osaaminen.	41
Kuvio 9. Matkasynnytyksessä avustaneiden ja siinä kokemattomien osaaminen.	46
Kuvio 10. Ensihoitajien osaaminen työkokemuksen mukaan jaotelluissa ryhmissä.	48
Kuvio 11. Simulaatioharjoitukseen osallistuneet ja osallistumattomat.	49

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tilannearviossa selvitettävät asiat.	19
Taulukko 2. Apgarin pisteet (Castrén 2016b).	25
Taulukko 3. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot (N=31).	36
Taulukko 4. Induktiivisen sisällön analyysi ja synnytyksen vaativimpien vaiheiden luokittuminen pää-, ylä- ja alakategorioihin.	43
Taulukko 5. Ensihoitajien kokemukset lisäkoulutustarpeesta synnytyksen eri vaiheisiin liittyen (N=31).	51

# 1 JOHDANTO

Synnytys määritellään kansainvälisesti tapahtumaksi, kun raskaus on kestänyt yli 22 viikkoa tai sikiön paino on vähintään 500 grammaa. Ennen tätä ajankohtaa, kyseessä on keskenmeno. Raskaus lasketaan täysiaikaiseksi, kun se on kestänyt vähintään 37 raskausviikkoa. Normaali täysiaikainen synnytys sijoittuu 38 ja 42 raskausviikkoihin. Normaali synnytyksen kulku sujuu itsestään, mutta joskus sekin voi muuttua hetkessä riskitilanteeksi useimmiten sikiön äkillisen vaaratilanteen vuoksi. (Sariola & Haukkamaa 2004, 325.)

Suomessa vuonna 2014 syntyi 57 805 lasta. Syntyneiden lasten määrä on tätä vuotta edeltäviin neljään vuoteen nähden pienentynyt. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella syntyi vuoden 2014 aikana 4709 lasta. Eniten lapsia syntyi naista kohden Keski-Pohjanmaalla ja vähiten Itä-Savossa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä tapahtuu harvoin. Vuonna 2014 kaikista Suomen synnytyksistä vajaa promille syntyi suunnittelemattomasti sairaalan ulkopuolella. (THL 2015c; Ylä-Outinen 2015, 639.) Voidaan siis todeta synnytyksen tapahtuvan pääsääntöisesti sairaalassa. Ensihoitajalle tilanne voi tulla täysin uutena, jolloin kokemus ja rutinit eivät ole tukemassa toimintaa. Lisäksi, vaikka vakavat synnytyskomplikaatiot ovat harvinaisia, ovat ne silti mahdollisia ja vaikeita ennustaa. On sanottu myös, että ihmisen ensimmäinen elinpäivä on elinkaaren toiseksi vaarallisin päivä. (Ylä-Outinen 2015, 639.) Vastasyntyneelle maailma on täysin uusi ja vieras paikka, eivätkä hänen elintoimintonsa ole vielä täysin sopeutuneet kaikkiin muutoksiin. Synnytyksen aikana voi tulla myös komplikaatioita, tai lapsi voi olla ennenaikainen, jolloin syntymä ja sen jälkeiset hetket ovat kriittisiä. (Paananen ym. 2006, 279–293.)

Synnytyssairaaloiden määrää vähennetään vuosi vuodelta. Vuoden 1991 jälkeen jo 20 synnytysosastoa on lakkautettu ympäri Suomen (Mansikka & Tuominen 2014). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön linjausten mukaan kaikista synnytyssairaaloista, joissa on alle 1000 synnytystä vuodessa, pitäisi luopua (Nieminen 2015). Tämä vaikuttaa kasvavasti sairaalan ulkopuolella syntyneiden lasten määrään. Tilastojen mukaan matkasynnytysten määrä on jatkuvasti kasvamassa ja matkasynnytysten lukumäärä on kaksinkertaistunut synnytysosastojen sulkemisen vuoksi (THL 2015b). Varsinais-Suomessa Salon synnytysosasto lakkautettiin 20.12.2015, jonka seurauksena synnyttäjien matka sairaalaan on

aiempaa pidempi (Henttonen 2015). Etenkin Varsinais-Suomen alueella on odotettavissa matkasynnytysten kasvua lähivuosina. Sen vuoksi on tärkeää, että ensihoitajilla on riittävä osaaminen matkasynnytyksessä avustamiseen.

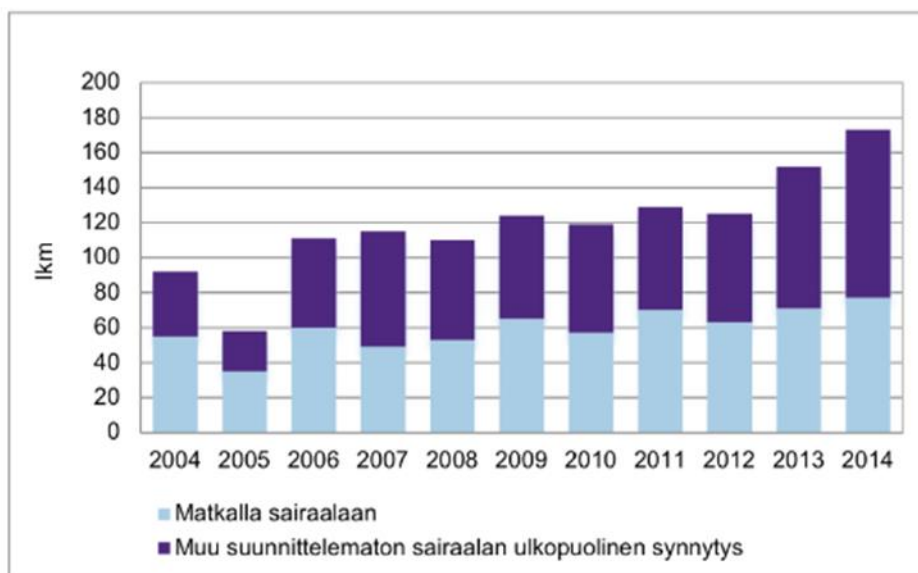
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millainen näkemys ensihoitajilla itsellään on heidän omasta osaamisestaan toimia matkasynnytystilanteessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ensihoitajien koulutustarpeen määrittämisessä sekä koulutussisältöjen suunnittelussa koskien sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä avustamista.

Opinnäytetyö kuuluu suunnitteilla olevaan Turvallinen raskaus ja synnytys - koulutusmalli ensihoitohenkilöstölle -hankkeeseen. Samaan hankkeeseen liittyen on tekeillä myös toinen opinnäytetyö, joka tuottaa mobiilisovelluksen sairaalan ulkopuolisen synnytyksen itsenäiseen opiskeluun. Työn toimeksiantajana on Turun ammattikorkeakoulu. Yhteyshenkilönä toimii koulutus- ja tutkimusvastaava Marjale vonSchantz ja opinnäytetyön ohjaajana yliopettaja TtT Jari Säämänen.



## 2 SYNNYTYS

Vuonna 2014 suunniteltuja sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 29. Suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli yhteensä 173. Näistä synnytyksistä 77 tapahtui matkalla sairaalaan ja loput 96 olivat muita suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä, mikä on vuoteen 2013 verrattuna hieman suurempi luku. Vuonna 2013 suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli kaikkiaan 81. Alla on kuvio suunnittelemattomista sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä vuodesta 2004 vuoteen 2014 (kuvio 1). Sen pohjalta näemme sairaalan ulkopuolisten synnytysten kasvaneen viime vuosina. (THL 2015b.)



Ei sisällä niitä sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä, joista ei tiedetä, ovatko synnytykset olleet suunniteltuja vai suunnittelemattomia. Kyseisiä synnytyksiä oli vuosina 2004–2011 keskimäärin vuosittain 14, vuosina 2012 ja 2013 kolme ja vuonna 2014 yksi.

<sup>1</sup> Väestötietokeskus, Tilastokeskus ([http://www.stat.fi/ti/synt/2014/synt\\_2014\\_2015-04-14\\_tie\\_001.fi.html](http://www.stat.fi/ti/synt/2014/synt_2014_2015-04-14_tie_001.fi.html))

<sup>2</sup> Sairaalityypittämisen luokittelussa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tiedoissa ovat mukana Naistenklinikan, Kätilöopiston ja Jorvin sairaalan tiedot.

<sup>3</sup> Tietoa lapsen syntymäpaikasta on tarkennettu vuodesta 2004 lähtien ja kerätty seuraavasti: Lapsen syntymäpaikka sairaalassa/ matkalla sairaalaan/ sairaalan ulkopuolella, suunniteltu/ sairaalan ulkopuolella, suunnittelematon/ sairaalan ulkopuolella, ei tietoa, onko suunniteltu vai suunnittelematon/ ei tietoa syntymäpaikasta.

Kuvio 1. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2004–2014 (THL 2015b).

## 2.1 Normaali synnytys

Kansainvälisten määritelmien mukaan kyseessä on synnytys, kun sikiö painaa 500 g tai raskaus on kestänyt 22 viikkoa. Normaali raskaus kestää 38–42 viikkoa ja se lasketaan viimeisten kuukautisten alkupäivästä. Raskauden kesto merkitään täysinä viikkoina ja päivinä, esim. 34 + 5, jolloin on menossa 35. raskausviikko. Synnytyksen käynnistyttyä ennen viikkoa 37, on kyseessä ennenaikainen synnytys. Mikäli synnytys tapahtuu viikon 42 jälkeen, on kyseessä yliaikaisuus. (Sariola & Tikkanen 2011a, 308–315.) Synnytys luokitellaan kolmeen eri vaiheeseen, joita ovat avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. (Sariola & Tikkanen 2011b, 315; Ekblad 2013a.)

### 2.1.1 Avautumisvaihe

Avautumisvaihe on synnytyksen pisin vaihe, joka saattaa kestää ensisynnyttäjällä 12–18 tuntia. Mitä useampi synnytys naisella on takana, sitä nopeammin synnytys etenee. (Raussi-Lehto 2015a, 225.) Synnytys voi alkaa lapsivedenmenolla tai supistuksilla (Sariola & Tikkanen 2011b, 317). Avautumisvaihe alkaa supistusten muuttuessa säännöllisiksi, ja päättyy kohdunsuun ollessa 10 senttimetriä auki (Ekblad 2013a). Synnytys voi alkaa myös lapsivedenmenolla ilman supistuksia. Useimmiten supistukset kuitenkin alkavat itsestään muutaman tunnin sisällä lapsivedenmenosta. (Sariola & Tikkanen 2011b, 317.)

Synnytyssupistukset tulevat alussa vähintään 10 minuutin välein, ja tihentyessään muutaman minuutin välein. Supistukset kestävät 45–60 sekuntia ja niiden aikana kohtu tuntuu kovalta. Supistusten alkaessa kohdunsuu on usein jo sormelle auki. Ensisynnyttäjällä häviää ensin kohdunkaula, ja vasta sen jälkeen kohdunsuu avautuu. Uudelleensynnyttäjän kohdunsuu voi taas olla useamman sentin auki, vaikka kohdunkaulaa onkin vielä jäljellä. Synnytyksen alkaessa on normaalia, että limainen vuoto muuttuu vereslimaiseksi. Synnytyksen etenemistä voidaan tutkia emättimen kautta tehtävällä sisätutkimuksella. (Sariola & Tikkanen 2011b, 316–318.)

### 2.1.2 Ponnistusvaihe

Ponnistusvaihe alkaa, kun sikiön pää on laskeutunut lantionpohjalle, kohdunsuu on 10 senttimetriä auki ja äidille syntyy pakottava ponnistuksen tarve (Sariola & Tikkanen 2011b, 319–320). Normaali ponnistusvaihe kestää yleensä puolesta tunnista kahteen tuntiin asti (Raussi-Lehto 2015a, 225). Ennen ponnistuksen aloittamista tulee varmistua siitä, että sikiön tarjoutuva osa on laskeutunut. Varsinkin ensisynnyttäjillä kohdunsuu voi olla jo avoin, ennen kuin tarjoutuva osa on laskeutunut. (Sariola & Tikkanen 2011c.) Liian aikainen ponnistaminen voi aiheuttaa äidin voimien loppumisen (Raussi-Lehto 2015b, 265). Emättimen ulkosuu avautuu tarjoutuvan osan painaessa välilihaa. Kun tarjoutuva osa näkyy emättimestä, ei synnytystä enää voi estää. (Ylä-Outinen 2013, 640.) Ponnistusvaiheessa on tärkeää yrittää estää välilihan repeäminen tukemalla sitä peukalolla ja etusormella. Toisinaan emättimen aukko on niin ahdas, ettei lapsi pääse syntymään ilman välilihan leikkaamista. (Sariola & Tikkanen 2011b, 319–320; Raussi-Lehto 2015b, 269–271.)

### 2.1.3 Jälkeisvaihe

Jälkeisvaihe alkaa lapsen synnyttyä ja päättyy kalvojen ja istukan syntymiseen. Istukan irrotessa napanuora valuu ulospäin ja emättimestä vuotaa noin 500 millilitraa verta. (Sariola & Tikkanen 2011b, 320; Raussi-Lehto 2015b, 275–276.) Ihmeen ja Rainnon (2014, 303) mukaan tavallinen vuotomäärä on 500–1000 millilitraa. Raskauden aikana verivoimien on kasvanut, joten perusterve äiti voi kestää jopa litran verenvuodon (Sariola & Tikkanen 2011b, 320). Kuitenkin yli 500 millilitran verenvuoto synnytyksen jälkeen määritellään jo poikkeavaksi (Tuimala & Uotila 2011, 466; Pietiläinen & Väyrynen 2015, 293).

Ohjeistukset vaihtelevat jälkeisten ulosauttamisen suhteen. Mikäli synnytyksen avustajalla ei ole kokemusta, tulisi napanuoran vetämistä välttää sen katkeamisen ja kalvojen repeämisen vuoksi. Jälkeisten syntymistä tulisi odottaa rauhassa. Useimmiten istukka syntyy 30 minuutin sisällä. Istukan irrottua kohdun supistaminen puristaa verisuonet kiinni, mikä hillitsee jälkivuotoa. Jälkeiset punnitaan ja tarkastetaan, jotta päästään selville ovatko ne syntyneet kokonaisina. (Raussi-Lehto 2015b, 275–277.)

## 2.2 Poikkeava synnytys

Poikkeavasta synnytyksestä tai synnytyshäiriöstä puhutaan, kun synnytys ei etene toivotusti. Syynä voi olla esimerkiksi sikiön poikkeava tarjonta, synnytyskanavan ahtaus, pitkittynyt synnytys, sikiön hartioiden jumiutuminen tai supistushäiriöt. Poikkeavissa synnytyksissä joudutaan usein turvautumaan keisarileikkaukseen. (Tuimala & Uotila 2011, 460–464.) Tähän työhön on valittu poikkeavista synnytyksistä perätilasynnytys, napanuoran esiinluiskahdus sekä monisikiöraskaus. Valitut poikkeavat synnytykset ovat sellaisia, joita käsitellään yleisimmin ensihoidon kirjallisuudessa (Oksanen & Turva 2015, 166–171; Ylä-Outinen 2015; 639–641; Castrén 2016a; 2016c).

### 2.2.1 Perätilasynnytys

Lapsista noin neljä prosenttia syntyy perätarjonnassa eli alaosaetisessä tarjonnassa. Tällöin tarjoutuvana osana näkyy lapsen pään sijasta pakarat, toinen jalka tai molemmat jalat. Todennäköisyys perätilasynnytykseen on suurempi monisikiöraskaudessa ja ennenaikaisessa synnytyksessä, sillä sikiön tarjonta vaihtelee viikolle 36 asti. Suuri osa perätilasynnytyksistä hoidetaan keisarileikkauksella. Perätilasynnytyksessä on suuremmat riskit sikiön vammoihin ja äkilliseen hapenpuutteeseen, kuin raivotarjonnassa, eli normaalitarjonnassa. Avautumisvaiheessa on riski napanuoran esiin luiskahtamiselle ja ponnistusvaiheen aikana napanuora saattaa jäädä puristuksiin. (Äimälä 2015b, 490–491.) Äitiin liittyviä komplikaatioita ei perätilasynnytyksessä ole normaalia enempää (Uotila 2006). Sikiön suurempien riskien vuoksi perätilasynnytyksen tulisi hoitua sairaalassa hyvin suunnitellusti ja nopealla tempolla riskien minimoimiseksi. (Äimälä 2015b, 490–493.)

### 2.2.2 Monisikiöinen raskaus

Vuosittain vajaa 3 % syntyneistä lapsista on monisikiöisiä. Vuonna 2014 raskauksista 2,7 % oli kaksosraskauksia. Yhteensä raskauksista vain 25 oli kolmosraskauksia. (THL 2015c.) Raskaus on riskiraskaus, sillä siihen liittyy 6–7ertainen ennenaikaisuuden sekä 9–10ertainen pienipainaisuuden riski. Suomessa lähes puolet kaksosista syntyy ennenaikaisina. Myös perinataalisen kuoleman riski kasvaa viisinkertaiseksi verrattuna yksisikiöiseen. (Raudaskoski 2011, 428–432.) Suurentuneiden komplikaatioriskien vuoksi

monisikiösynnytykset tulisi hoitaa sairaalassa, jossa on välitön mahdollisuus keisarileikkaukseen ja valmiudet vastasyntyneiden tehohoitoon (Heikinheimo ym. 2008).

### 2.2.3 Napanuoran esiinluiskahdus

Synnytyksistä noin 0,5 % tapahtuu napanuoran esiinluiskahdus. Napanuoran esiinluiskahduksesta puhutaan, kun napanuora on joko tarjoutuvan osan sivulla tai edessä. Tällöin napanuora saattaa jäädä puristuksiin ja vaarantaa sikiön voinnin. (Tuimala & Uotila 2011, 463.) Tilanne on mahdollinen, kun lapsivesi on mennyt (Ihme & Rainto 2014, 296). Riskitekijöinä ovat monisikiöraskaus, perätarjonta, epätavallisen pitkä napanuora ja ahdas lantio (Tuimala & Uotila 2011, 463.)

### 3 MATKASYNNYTYKS ENSIHOIDOSSA

#### 3.1 Ensihoitopalvelu

Sosiaali- ja terveysministeriö on säätänyt asetuksen ensihoitopalvelusta, jossa määritellään ensihoitopalvelun tehtävät, palvelun saatavuus, riskialueet, tehtäväkiireellisyysluokat, tavoittamisaikojen määrittely, yksiköt ja henkilöstö, johtaminen sekä asetuksen voimaantulo ja siirtymäsäännökset (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa ensihoitovalmiuden ylläpidosta ja operatiivisesta toiminnasta ensihoitopalvelussa, laatien ohjeet koskien potilaiden hoitoa, kuljetusta tai kuljettamatta jättämistä sekä hoitoon ohjausta. Sairaanhoitopiirin täytyy myös vastata ensihoidon päivittäisestä toiminnasta, sekä sen ohjeistuksista esimerkiksi hälytysohjeista. Lisäksi sairaanhoitopiirin tulee seurata alueen ensihoitopalvelun toiminnan tuloksellisuutta. Ensihoitopalvelun tulee olla yhteistyössä eri viranomaisien kanssa ja sopia tarvittavista erikoisvarusteista ja toimintamalleista yhdessä heidän kanssaan. Vastuualueen väestöä tulee myös neuvoa ja tiedottaa ensihoitoon liittyvissä asioissa, sekä tuottaa tarkoituksenmukaisia terveydenhuollon palveluja. Ensihoitopalvelun toiminnan johtamisesta vastaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä oleva vastaava ensihoidolääkäri. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.)

Lakiasetuksessa on määritelty tarkkaan tehtävien kiireellisyysluokat A–D,

- A: kiireellisin, korkeariskinen ensihoidotehtävä, jossa esitietojen mukaan potilaan peruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna.
- B: Kiireellinen, luultavasti korkeariskinen ensihoidotehtävä, jossa peruselintoimintojen häiriöstä ei ole varmuutta.
- C: Nopea toiminta, potilaan peruselintoiminnot ovat vakaat, mutta vaativat nopean arvion.
- D: Kiireetön, peruselintoiminnoissa ei ole häiriötä, mutta potilas vaatii kuitenkin ensihoidon tilannearvion.

Miehitys tietylle alueelle määräytyy riskialuealuokan mukaan 1–5, (1 = enemmän kuin yksi ensihoitotehtävä vuorokaudessa ja 5 = alueella ei ole vakinaista asutusta, eli ensihoitotehtäviä tulee reilusti vähemmän kuin kerran kuukaudessa). Miehitys tarkoittaa ambulanssien määrää. Esimerkiksi kaupunkien keskustan alueella miehitys on suuri, koska asukkaitakin on suhteessa enemmän kuin laitakaupungilla. Kuntayhtymän alue jaetaan yhden neliökilometrin kokoisiin alueisiin, jotka luokitellaan näihin riskialuealuokkiin. Tavoittamisajat on määritelty siten, että saman riskialuealuokan väestön tulee saada yhdenvertainen palvelu koko sairaanhoitopiirin alueella ensihoitopalvelun järjestämistavasta riippumatta. Käytännössä siis siten, että A ja B -tehtävissä potilas tulisi tavoittaa kahdeksan minuutin sisällä, C-luokan tehtävässä potilaan luona tulisi olla 30 minuutin sisällä. D-tehtävien tavoittamisaika on kahden tunnin kuluttua tehtävälmoituksesta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.)

Ensihoitoyksiköt ovat joko perustason tai hoitotason yksiköitä. Perustason yksikössä toimii kaksi perustason ensihoitajaa, joilla on lähihoitajan, pelastajan, sairaanhoitajan tai sairaanhoitaja AMK:n tutkinto. Hoitotason yksikössä on mahdollisesti yksi perustason ensihoitaja, mutta vähintään toisen tulee olla hoitotason ammattihenkilö. Hoitotason ensihoitajana voi toimia ensihoitaja AMK tai 30 opintopisteen hoitotason ensihoitoon suuntaavat jatko-opinnot suorittanut sairaanhoitaja AMK tai sairaanhoitaja. Ensihoidon kenttäjohtajana voi toimia hoitotason ensihoitaja, jolla on tarpeeksi ensihoidon hallinnollista kokemusta sekä operatiivista osaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.)

### 3.2 Ensihoito synnytystehtävällä

Synnytystehtävä ensihoidossa on harvinainen, mutta mahdollinen. Hätäkeskus tekee hälytyksen synnytyksestä ensihoitoyksikölle, tehtävä 791. Kiireellisyys perustuu hätäkeskuksen ohjeistukseen sekä hätäkeskuspäivystäjän omaan riskinarvioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Käynnissä oleva synnytys on yleensä kiireellisyysluokka A (Kalliomäki 2014). Kiireellisille tehtäville on hyvä hälyttää toinen lisäyksikkö apukäsiksi (STM 2005). Lääkäriyksikön hälyttäminen synnytystehtävälle perustuu myös hätäkeskuspäivystäjän riskinarvioon, sekä sairaanhoitopiirien omiin ohjeistuksiin. Lisäksi kohteessa oleva ensihoitaja voi hälyttää lääkäriyksikön tehtävälle oman tilannearvionsa perusteella. (FinnHEMS 2016; Valli 2016.)

Ambulansseissa on synnytyssetti, jonka sisältö saattaa vaihdella sairaanhoitopiireittäin. Pääasiassa se kuitenkin koostuu synnytyksen kannalta oleellisimmista välineistä.

MedKitin synnytyssetti sisältää:

- 1 kpl suoja-alusta (60–90cm)
- 1 kpl kirurgiset saksat
- 2 kpl nitrili latex -hanskoja (medium)
- 4 kpl napanuoran sulkijaa
- 1 kpl limaimu, jossa HIV suodatin, koko 10
- 1 kpl alusta vastasyntyneelle
- 1 kpl kertakäyttöpussi (keltainen)
- 1 kpl esiliina (valkoinen)
- 1 kpl harsoliina (75 cm x 75 cm)
- 1 kpl käsipyyhe (75 cm x 75 cm)
- (tuotekoodi: F101BTM)

(MedKit 2016.)

### 3.3 Ensihoitajien osaamisvalmiudet matkasynnytyksessä avustamiseen

Hoitotason ensihoitajien osaamisvaatimukset on määritelty Suomen opetusministeriön toimesta. Hoitotason ensihoitajan tutkinto, eli Ensihoitaja AMK tutkinto koostuu 240 opintopisteestä, joista 147 opintopistettä pitää sisällään hoitotyön ja ensihoitotyön perus- ja ammattiopinnot. Tämän opintokokonaisuuden alle kuuluu synnytysosaaminen. (Opetusministeriö 2006.)

Ensihoitaja AMK koulutukseen kuuluu tärkeänä osana eri-ikäisten ensihoidon tarpeen arviointi, peruselintoimintojen turvaaminen, työdiagnoosin tekeminen ja löydösten mukainen hoito (OPM 2006). Tämä pitää sisällään valmiuden tutkia ja ylläpitää potilaan peruselintoimintoja, jonka pohjalta tehdään päätöksiä ja hoidontarpeen arviointi. Ensihoitajan tulee osata hoitaa erilaisia hätätilapotilaita, joista on erikseen mainittu synnyttävä äiti, synnytys ja vastasyntynyt lapsi. (OPM 2006.)

Turun ammattikorkeakoulussa ensihoitajakoulutukseen kuuluu Seksuaali- ja lisääntymiserveiden sekä naisen ensihoito- ja hoitotyö 5 opintopisteen -opintojakso. Tuo opintojakso pitää sisällään naistentaudit, äitiysajan ravitsemuksen, lisääntymisen anatomian



sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja naisen ensihoidon. (Turun ammattikorkeakoulu 2013.) Alla olevassa opintosuunnitelmasta otetussa kuvassa selvitetään kurssin tavoitteita (kuva 1).

**Tavoitteet:**Opiskelija

- osaa ohjata raskaana olevia, synnyttäneitä naisia ja perheitä sekä naistentautipotilaita keskeisissä raskauteen, lapsivuodeaikaan ja naistentautien hoitoon liittyvissä ongelmissa
- osaa kuvata ihmisen terveydentilassa tapahtuvia muutoksia ja hoitoratkaisuja hyödyntämällä hoitotyön, kirurgian, anestesiologian, kliinisen farmakologian ja ravitsemuksen tietoja
- osaa määritellä seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteiden sisällön ja merkityksen yksilön ja perheen terveyden edistämisessä
- osaa selittää ihmisen lisääntymiseen liittyvän anatomian ja fysiologian

osaa huomioida ihmisen kulttuurisen taustan hoitamisessa ja monikulttuurisessa työyhteisössä työskentelyn periaatteet

- osaa kertoa raskauden ajan hoitotyön keskeisimmät tarkkailumenetelmät ja terveysneuvonnan sisällöt
- osaa kuvata normaalin synnytyksen vaiheet ja hoitotyön menetelmät
- osaa tarkkailla ja hoitaa synnyttänyttä äitiä lapsivuodeaikana
- osaa kertoa seksuaali- ja lisääntymisterveyden lääke- ja nestehoidossa
- osaa selittää raskauteen ja lapsivuodeaikaan liittyviä ravitsemuksen erityiskysymyksiä
- osaa kuvata tavallisimmat raskauden aikaan liittyvät sairaudet, niiden syyt, oireet ja hoidon.
- muistaa synnytyksen lääketieteellisen hoidon perusteet
- osaa selittää tavallisimmat naistentaudit, niiden ennaltaehkäisy, syyt, oireet ja hoidon.
- osaa määritellä ja dokumentoida naistentautia sairastavan potilaan hoidon tavoitteita, menetelmiä, toteutusta ja arviointia hoitotyön näkökulmasta

Kuva 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä naisen ensihoito- ja hoitotyökurssin tavoitteet (Turun ammattikorkeakoulu 2013).

Voidaan siis todeta, että ensihoitajien teoreettiset valmiudet matkasynnytyksessä avustamiseen annetaan koulussa, mutta todellista osaamista on vaikea arvioida pelkästään opintosuunnitelmien ja osaamismääritelmien kautta. Epäselvää on myös se, kuinka hyvin saadut synnytysosaamisen taidot pidetään yllä työelämässä. Ehkäpä ensihoitajakoulutuksen ydin on kuitenkin se, että ensihoitaja saa koulusta valmiudet toimia nopeasti muuttuvissa tilanteissa, vieraassa ympäristössä ja erilaisissa tilanteissa, nopealla päätöksentekokyvyllä ja hyvillä kädentaidoilla.

### 3.4 Matkasynnytys

Synnytyksen tapahtuessa paikassa, jossa siihen ei ole varauduttu, puhutaan matkasynnytyksestä. Tapahtumaa voidaan kutsua myös hätäsynnytykseksi tai kenttäsynnytykseksi. Yleisimmin sairaalan ulkopuolella tapahtuvissa synnytyksissä on kyseessä uudelleensynnyttäjä. (Äimälä 2015a, 385.) Tilastojen mukaan uudelleensynnyttäjän avau-

tumisvaiheen ja ponnistusvaiheen kesto on merkittävästi lyhempi verrattuna ensisynnyttäjiin (THL 2011; Gissler & Raudaskoski 2014). Vuosina 2006–2012 ensisynnyttäjien keskimääräinen ponnistusvaihe kesti 52,9 minuuttia, kun uudelleensynnyttäjillä vastaava aika oli 7,3–17,7 minuuttia riippuen aikaisempien synnytysten lukumäärästä (THL 2011). Tämän seurauksena ei uudelleensynnyttävä äiti välttämättä ehdi sairaalaan asti. Mikäli raskaudessa ja äidin voinnissa ei ole ollut ongelmia, sujuu synnytys usein normaalisti. Matkasynnytysten suurin riski on se, että kentällä ei ole mahdollisuuksia eikä osaamista erityistoimenpiteisiin. (Äimälä 2015a, 385.)

### 3.4.1 Tilannearvio

Ensihoidon tärkein tehtävä on selvittää kohteessa äidin vointi, raskauden eteneminen ja synnytyksen vaihe. Ensihoitajat tekevät tilanteen perusteella päätöksen kuljetetaanko synnyttäjä lähimpään synnytyssairaalaan vai synnytetäänkö kohteessa. (Ihme & Rainto 2014, 293–294; Äimälä 2015a, 386; Castrén & Peräjoki 2016a.) Tilannearvion tekemisessä voidaan käyttää hyödyksi äitiyskortista (Liite 1) saatavia tietoja, jolloin kaikkea ei tarvitse kysyä synnyttävältä äidiltä (Ihme & Rainto 2014, 293). Äitiyskortista saadaan selville äidin henkilötiedot, perussairaudet ja lääkitykset. Korttiin on kirjattu aikaisemmat raskaudet ja synnytykset, sekä nykyraskauden kulku. Nykyraskaus kohdasta selviää raskauksien / synnytyksien määrä, sikiöiden määrä, arvioitu laskettu aika, sikiön poikkeavuudet sekä tarjonta. (THL 2015a.) Tilannearvioissa selvitettävät asiat on selitetty tarkemmin alla olevassa taulukossa (taulukko 1). Osa esitettävistä asioista selviää jo äitiyskortin perusteella, mutta taulukossa on selvitetty tarkemmin mitä saatujen tietojen perustella tulee huomioida.

Taulukko 1. Tilannearviossa selvittävät asiat.

Äidiltä selvittävä asia	Selvittävän asian merkitys
Raskauden kesto?	Ennen aikaisessa synnytyksessä tulee varautua lapsen huonokuntoisuuteen (Äimälä 2015a, 386).
Onko tietoa sikiön tarjonnasta (pää, perä)?	Lapsen ollessa perätilassa ovat synnytyksen riskit suuremmat (Äimälä 2015a, 386).
Onko raskaus sujunut ongelmitta?	Tiedossa olevat ongelmat auttavat varautumaan synnytyksen komplikaatioihin (Äimälä 2015a, 386).
Onko kyseessä yksisikiöinen raskaus?	Monisikiöraskaudessa ongelmia ilmenee herkemmin, ja tämän vuoksi tulisi synnytystä yrittää estää (Äimälä 2015a, 386).
Monesko raskaus on kyseessä? Onko aiemmissa synnytyksissä ollut ongelmia?	Uudelleensynnyttäjän synnytys etenee ensisynnyttäjää nopeammin. Aiempien synnytysten eteneminen antaa viitteitä tälle synnytykselle. (Äimälä 2015a, 386.)
Milloin supistukset alkoivat? Kuinka tiheitä supistukset ovat ja ovatko ne säännöllisiä? Ovatko supistukset kivuliaita?	Supistusten tiheydestä ja säännöllisyydestä voi päätellä synnytyksen vaihetta. (Äimälä 2015a, 386).
Onko lapsivesi mennyt ja minkä väristä se oli?	Lapsivesi kertoo sikiön voinnista. Vihreä vesi kertoo lapsen ulostaneen veteen, jolloin lapsi saattaa kärsiä hapenpuutteesta. (Sariola & Tikkanen 2011b, 321.)
Onko tullut veristä vuotoa?	Avautumisvaiheessa saattaa tulla limansekaista veristä vuotoa. Runsas verenvuoto ei ole normaalia. (Äimälä 2015a, 386.)
Onko äidillä pakottava tarve ponnistaa?	Synnytys on tapahtumassa hyvin pian – valmistaudu synnytykseen (Oksanen & Turva 2015, 167.)
Tuntuuko voimakas ulostamisen tarve?	Ponnistusvaihe alkamassa: äitiä ei saa päästää WC:hen, ettei lapsi synny sinne. (Ylä-Outinen 2015, 640.)
Näkykö tarjoutuva osa emättimestä ?	Synnytystä ei voi enää estää (Ylä-Outinen 2015, 640).

### 3.4.2 Avautumis- ja ponnistusvaiheen hoito

Tavoitteena on saada synnyttävä nainen synnytyssairaalaan ennen lapsen syntymää (Äimälä 2015a, 385). Tarjoutuvan osan näkyessä emättimen ulkosuulla, ei äitiä lähdetä kuljettamaan, vaan valmistaudutaan synnytykseen kohteessa (Oksanen & Turva 2015, 167). Synnytykseen valmistautuessa avataan synnytyspakkaus ja toinen ensihoitajista soittaa sairaalaan kättilölle tai synnytyslääkärille ohjeiden saamiseksi (Ihme & Rainto 2014, 293–294). Syntyvän lapsen huonokuntoisuuteen varaudutaan ottamalla vastasyntyneen hoitovälineet valmiiksi lasten hoitorepusta. On tärkeää rauhoittua itse ja rauhoitella äitiä, vaikka synnytyksistä ei olisikaan aiempaa kokemusta. (Castrén & Peräjoki 2016b.) Synnytykseen valmistautuessa tulisi hoitotilaa lämmittää vastasyntyneen jäähdytymisen estämiseksi (Elomaa & Silvennoinen 2012).

Synnytyksen lähestyessä supistusten väli tihenee ja niiden kesto ja voimakkuus lisääntyvät. Samaan aikaan kohdunsuu avautuu ja tarjoutuva osa (normaalisynnytyksessä lapsen pää) laskeutuu alaspäin. (Äimälä 2015a, 387.) Synnytyksen vaihetta ei ensihoidossa kannata selvittää sisätutkimuksella infektioriskin ja avustajien kokemattomuuden vuoksi. Tarjoutuvan osan laskeutuessa synnytyskanavan alaosaan syntyy peräsuoleen paine, mikä tuntuu synnyttäjstä voimakkaalta ponnistamisen tarpeelta. Tällöin avautumisvaihe on loppumassa ja ponnistusvaihe alkaa. Useimmiten lapsen laskeutuessa peräsuoli tyhjenee ja avustajan tulee huolehtia ulosteiden poistamisesta tai peittää ne kroonikkovai-palla. Ponnistusvaiheessa synnyttäjä ohjataan asentoon, jossa kokemattoman avustajan on helpoin toimia. Useimmiten paras asento avustajan kannalta on tukea synnyttäjää puoli-istuvaan asentoon. (Äimälä 2015a, 387.) Äidin ympärille tulee varata riittävästi tilaa: ambulanssissa synnyttäjä ohjeistetaan paareille makaamaan jalat auton etuosaa kohti (Castrén & Peräjoki 2016b). Pakaroiden alle laitetaan muutama iso pyyhe ja synnyttäjää ohjeistetaan levittämään jalkoja ja pitämään polvia koukussa. Usein synnyttäminen on helpompaa, jos äiti saa pään koholle. (Ihme & Rainto 2014, 295–296.)

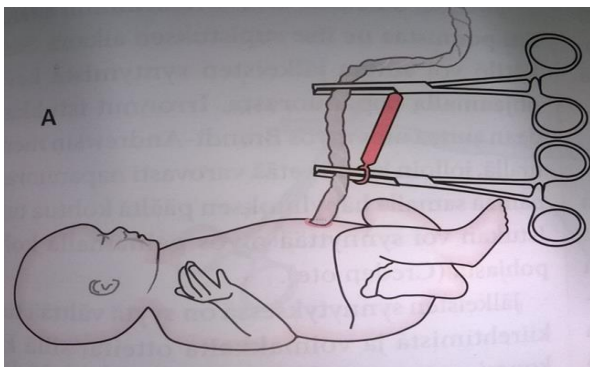
Synnytyksen avustaja pukee steriilit käsineet, sillä synnytys tulisi tehdä mahdollisimman puhtaasti. Tärkeintä kuitenkin on välilihan tukeminen, jotta turhilta komplikaatioilta vältyttäisiin. (Castrén & Peräjoki 2016b). Lapsi pyrkii syntymään välilihan läpi, joten välilihan repeäminen on mahdollista. Välilihan repeämisen suurin riski on otsan syntyessä välilihan reunan yli. Mikäli sikiön pään syntymää ei hidasteta, pääsee väliliha venymään liian nopeasti ja tällöin syntyy repeämiä. Oikeana hetkenä välilihan tukemiseen pidetään sitä, kun tarjoutuva osa painaa välilihaa selvästi ylös ja ulospäin. Tukeminen tapahtuu kahden

käden taktiikalla. (Suomen kätilöliitto 2011.) Ohjeistus käsien asettelusta vaihtelee lähteiden mukaan. Suomen kätilöliitto (2011) ohjeistaa asettamaan oikean käden välilihalle niin, että peukalo on pään toisella puolella ja muut sormet toisella puolella. Samaan aikaan vasemmalla kämmenellä pidetään lapsen päästä kiinni, jottei lapsi pääse synty-mään liian nopeasti. Pään syntyessä oikea käsi tukee välilihaa painamalla. Sopanen (2009, 567) taas ohjeistaa tukemaan välilihaa vasemmalla kädellä ja hidastamaan pään syntymistä oikealla. Mikäli väliliha repeää synnytyksen yhteydessä, ommellaan se sairaalassa (Castrén & Peräjoki 2016b).

Toisinaan emättimen suu on niin ahdas, ettei lapsi mahdu syntymään. Tällöin voidaan tehdä episiotomia leikkaamalla pingottunutta välilihaa saksilla alas oikealle kello seitsemän suuntaan. Ensihoidossa tämä on harvoin tarpeellista, sillä kyseessä on useimmiten uudelleensynnyttäjä. (Ylä-Outinen 2015, 640.)

Lapsen pään synnyttyä tulee varmistua siitä, ettei napanuora ole kiertynyt kaulan ympäri (Elomaa & Silvennoinen 2012). Mikäli näin on, voi napanuoran yrittää ujuttaa lapsen pään yli. Napanuoran ollessa liian tiukasti tai useaan kertaan kiertynyt se katkaistaan (kuva 2). (Stumpf & Ufberg 2005, 390; Ihme & Rainto 2014, 296.) Lapsen pää syntyy usein kasvot alaspäin, mutta kiertyy supistusten voimasta poikittain kohti jompaakumpaa reittä. Pään käännettyä poikittain avustetaan ylempi hartia ulos. Avustaja painaa kevyesti lapsen päätä alaspäin, jolloin ylempi hartia pääsee helpommin syntymään. Ylemmän hartian synnyttyä autetaan alempi hartia ulos nostamalla päätä hieman ylöspäin. (Äimälä 2015a, 387.) Jos hartioiden syntyminen on vaikeaa, toisen henkilön tulisi työntää synnyttäjän jalkoja mahdollisimman kauas toisistaan (Ylä-Outinen 2015, 641).

Hartioitten synnyttyä otetaan kainaloista tukeva ote ja vedetään lapsi hellästi ulos. Otteen tulee olla varma, sillä vastasyntynyt on märkä ja liukas. Syntymän jälkeen napanuora sidotaan tai puristetaan pihdeillä kahdesta kohtaa. Napanuora katkaistaan näiden välistä noin 15 senttimetrin etäisyydeltä navasta (kuva 2). Katkaisulla ei kuitenkaan ole kiire ja se voidaan tehdä vasta sairaalassa. Syntynyt lapsi kuivataan hyvin ja pidetään lämpimänä hypotermian estämiseksi. (Elomaa & Silvennoinen 2012, Äimälä 2015a, 387.) Lapsi on tärkeää asettaa heti kuivaamisen jälkeen ihokontaktiin äidin kanssa (Ihme & Rainto 2014, 297; Äimälä 2015a, 387).



Kuva 2. Napanuoran leikkaaminen (Laajasalo & Rusanen 2015, 275).

### 3.4.3 Jälkeisvaiheen hoito

Viimeistään jälkeisvaiheessa tulisi äidille avata suoniyhteys. Synnytyksen jälkeen istukka ja sikiökalvo syntyvät noin puolen tunnin kuluttua spontaanisti, ilman suurempaa ponnistamista. (Äimälä 2015a, 388). Syntyneet jälkeiset otetaan muovipussiin talteen, jotta ne voidaan tutkia sairaalassa (Raussi-Lehto 2015b, 277). Mikäli äiti ei vuoda, ei jälkeisten syntymisellä ole kiire (Ekblad 2013b). Jos jälkeiset eivät synny itsestään, ei napanuorasta saa vetää, sillä se voi vahingoittaa kohtua. Synnytyksen jälkeenkin lantion alueen verenkierto on suurentunut, jolloin synnytyselinten repeämät voivat aiheuttaa suurenkin verenvuodon (Ylä- Outinen 2015, 641).

Jälkeisten syntyminen on äidille synnytyksen uhkaavin vaihe, jonka vuoksi istukan syntymistä ei kannata jäädä odottamaan kohteeseen. Äidin verenpainetta ja yleisvointia seurataan matkan ajan. (Äimälä 2015a, 388.) Lapsi tulisi asettaa äidin rinnalle, sillä varhainen imetys ja rintojen stimulointi käynnistää äidin oman oksitosiinin tuotannon. Oksitosiini saa kohdun supistumaan, mikä auttaa jälkeisvuodon hillitsemisessä. (McCreesh 2012, 339–340.) Myös kohdun hierominen vatsan päältä aiheuttaa saman reaktion ja vähentää tutkitusti verenvuotoa sekä myöhempiä komplikaatioita (Abdel-Aleem ym. 2006, 238–239). Kuljetusmatkan ollessa pitkä ja äidin vuotaessa runsaasti annetaan oksitosiinia 10 yksikköä lihakseen (Oksanen & Turva 2015, 170).

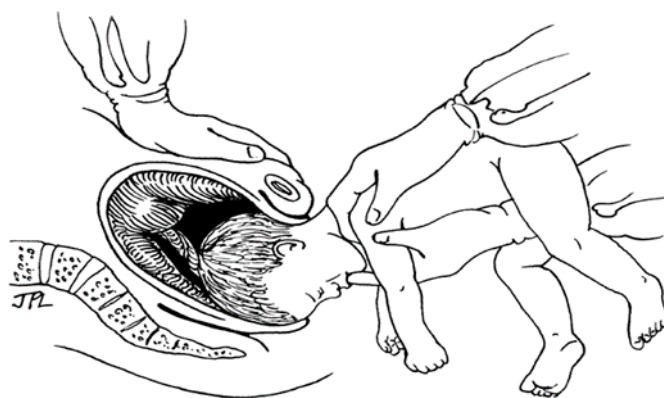
### 3.5 Poikkeavien synnytysten hoito

Poikkeavat synnytykset ovat aina riskisynnytyksiä, joten äiti tulisi pyrkiä saamaan sairaalaan ennen synnytyksen käynnistymistä (Äimälä 2015a, 386). Perätilasynnytyksessä

on riskinä synnytyksen pitkittyminen, joka voi johtaa toimenpidesynnytykseen. (Hautaniemi ym. 2013). Toimenpidesynnytyksellä eli synnytysoperaatiolla tarkoitetaan synnytystä, jota joudutaan avustamaan imukupilla tai pihdeillä. Myös keisarileikkaus määritellään toimenpidesynnytykseksi. (Uotila & Tuimala 2011, 468; Hautaniemi ym. 2013.) Näihin toimenpiteisiin ei ensihoidossa ole välineitä eikä valmiuksia.

### 3.5.1 Perätilasynnytys

Tärkeintä perätilasynnytyksen hoidossa on muistaa, että lapseen ei saa koskea ennen kuin napavarsi on näkyvissä. Tällöin on riskinä, että lapsi saattaa reaktiivisesti nostaa kädet pään viereen, jolloin lapsen on liian ahdasta syntyä. (Uotila 2006; Äimälä 2015b, 495–496.) Perätilasynnytyksessä ei jäädä odottamaan lapsen syntymää, vaan useimmiten hartiat ja pää autetaan ulos (Äimälä 2015b, 494). Lapsen hartioista otetaan tukeva ote molemmilla etusormilla ja synnytetään ensin alempi olkavarsi. Sama toistetaan ylemmälle hartialle. Hartioiden synnyttyä autetaan pää ulos Mauriceau-Smellie-Veit-otteella (kuva 3). (Äimälä 2015b, 498).



Kuva 3. Mauriceau-Smellie-Veit ote (Gimowsky, M 2008).

Lapsen vartalo otetaan vasemman käden päälle hajareisin vaakatasoon ja vasemman käden etusormi viedään vauvan suuhun. Oikean käden sormilla otetaan lapsen hartioista pihtiote. Ensinnä lapsen päätä painetaan suoraan alaspäin ja pään syntyessä vetosuunta vaihdetaan ylöspäin. (Ylä-Outinen, 641; Äimälä 2015b, 498.) Toinen avustaja voi samalla painaa äidin alavatsasta pään syntymisen helpottamiseksi (Ylä-Outinen 2015, 641).

### 3.5.2 Monisikiösynnytys

Monisikiöraskauteen liittyy moninkertainen ennenaikaisuuden ja pienipainaisuuden riski verrattuna normaalisynnytykseen. Monisikiösynnytysten hoidossa tuleekin varautua synnytyvien lasten huonokuntoisuuteen. (Heikinheimo ym. 2008.) Kaksoissynnytysten hoidon suhteen on lähteissä eroavaisuuksia. Oksanen ja Turva (2015, 171) ohjeistavat ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen antamaan äidille lisähapetta, kääntämään vasemmalle kyljelle ja kuljettamaan äidin ja lapsen kiireellisesti lähimpään synnytyssairaalaan. Toisen lähteen mukaan taas molemmat lapset synnytetäisiin kohteessa. Ensimmäisen lapsen synnyttyä avustajan tulisi pyrkiä saamaan toinen lapsi pitkittäistilaan kohdussa, ja sen jälkeen antaa äidin ponnistaa. (Ylä-Outinen 2015, 641.)

### 3.5.3 Napanuoran esiinluiskahdus

Napanuoran esiinluiskahdus on yleistä perätilatarjonnassa (Äimälä 2015b, 493). Mikäli napanuora näkyy emättimen ulkosuulla, saattaa sikiö painaa sen kasaan ja näin estää verenkierron. Tällöin tärkeintä on nopea kuljetus synnytyssairaalaan. (Castrén 2016a.) Kuljetuksen aikana annetaan synnytyssairaalaan ennakoilmoitus (Sopanen 2009, 567). Äiti tuetaan ambulanssissa paareille kontalleen polvien ja kyynärpäiden varaan ja neuvotaan läähättämään, mikäli tulee ponnistamisen tarve. Ponnistaa ei missään tapauksessa saa. (Castrén 2016a.) Synnytyksen avustaja laittaa käsiin steriilit hanskat ja pyrkii työntämään toisella kädellä tarjoutuvaa osaa kohtuun, jotta napanuorassa tuntuisi pulssi. Sykkeen tulee tuntua napanuorassa koko matkan ajan. (Oksanen & Turva 2015, 166; Castrén 2016a.)



## 4 VASTASYNTYNEEN HOITO JA ELVYTYS

### 4.1 Vastasyntyneen hoito

Vastasyntyneen vointiin tulee kiinnittää kuljetuksen ajan erityistä huomiota. Heti lapsen synnyttyä, tulee hänet kuivata kunnolla lämmönhukan estämiseksi. (Luukkainen 2011a.) Kuivaamisen jälkeen puhdistetaan sieraimet ja suu. Rutiininomainen imeminen ei ole tarpeellista. Hengitystiet imetään vain, jos lapsi ei hengitä, hengittää huonosti tai lapsi-  
vesi ei ole ollut kirkasta (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014). Syntymä-  
aika sekä sukupuoli merkitään ylös ja kerrotaan ne äidille. Napanuoran voi katkaista, kun  
sen pulssi ei enää tunnu ja lapsi hengittää normaalisti. (Castrén 2016b.) Tämän jälkeen  
lapsi asetetaan ihokontaktiin äidin rinnalle, mikä estää lämmön haihtumista. (Luukkainen  
2011b, 220; Ihme & Rainto 2014, 299.)

Vastasyntyneen vointia seurataan APGAR-pisteiden avulla. APGAR-pisteet lasketaan yhden ja viiden minuutin kuluttua synnytyksestä (taulukko 2). Vastasyntyneen vointi, APGAR-pisteet sekä äidin kunto ilmoitetaan kuljetuskohteeseen. Mikäli lapsi on huono-  
kuntoinen (APGAR-pisteet ovat seitsemän tai alle) aloitetaan vastasyntyneen stimulointi  
ja tarvittaessa elvytys. (Castrén 2016b.) Elvytys aloitetaan, mikäli lapsi ei reagoi 10–15  
sekunnin aikana stimulointiin (Kurola 2016). Pelkät APGAR-pisteet eivät määritä elvy-  
tyksen tarvetta, mutta niiden avulla voidaan seurata elvytyksen vastetta (Vastasyntyneen  
elvytys: Käypä hoito -suositus 2014).

Taulukko 2. Apgarin pisteet (Castrén 2016b).

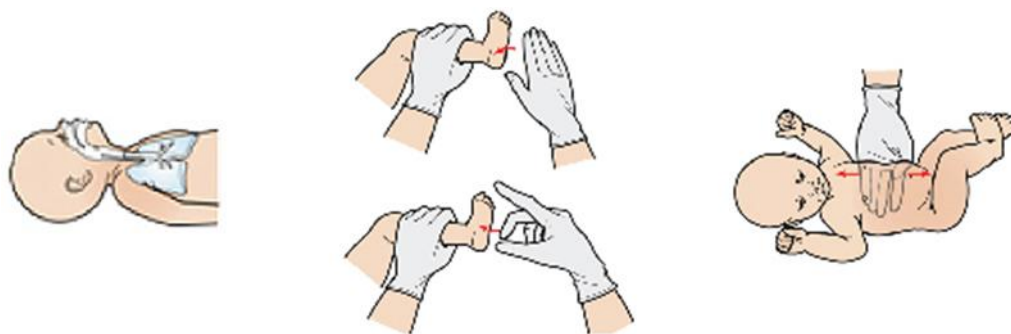
Taulukko Apgarin pisteet.			
	0	1	2
<b>Sydämen syke</b>	Ei tunnu.	Alle 100	Yli 100
<b>Hengitys</b>	Ei todettavissa.	Harva, haukkova	Yli 30/min, itkee.
<b>Ärtyvyys</b>	Ei reagoi	Reagoi hitaasti kosketukseen.	Vastustelelee kosketukseen.
<b>Lihäsjänteisyys</b>	Velto	Koukistaa raajoja.	Liikehtii hyvin.
<b>Ihon väri</b>	Syanoottinen, kalpea	Punakka, ääreisosat sinertäviä	Punakka kauttaaltaan

Vastasyntynyt kääritään tutkimisen jälkeen pyyhkeisiin niin, että vain kasvot näkyvät. Lapsi asetetaan äidin rinnalle ja molemmat peitetään avaruuslakanalla viilenemisen estämiseksi. (Castrén 2016b.) Hypotermia on merkittävin vastasyntyneen riskeistä, sillä ruumiinlämpö voi laskea 0,1–0,3 astetta minuutissa ilman asiallista lämmitystä (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014).

#### 4.2 Vastasyntyneen stimulointi

Vastasyntyneistä joka kymmenes tarvitsee stimulaatiota hengityksen käynnistymiseksi, 3–6 % tarvitsee hengityksen avustamista ja vain 0,1–0,2 % tarvitsee painalluselvitystä tai adrenaliinia. Ensihoitajilla tulee olla valmiudet vastasyntyneen laadukkaaseen elvytykseen syntymän jälkeen. Jokaisen vastasyntyneen vointi tulee tarkistaa heti syntymän jälkeen ja tarvittaessa aloittaa välitön elvytys. (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014.)

Vastasyntyntä yritetään stimuloida kuivaamalla sekä hieromalla selkää, raajoja ja jalkapohjia (kuva 4). Mikäli stimuloiminen ei auta, avataan lapsen hengitystiet ja imetään suu ja sieraimet puhtaaksi ennen hengityksen avustamisen aloitusta. (Kurola 2016.) Lisäapua pyydetään kohteeseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Metsäranta 2014).



Kuva 4. Vastasyntyneen stimulointi hengityksen käynnistämiseksi (Käypä hoito -kuvat 2014).

### 4.3 Vastasyntyneen elvytys

Ensihoito-oppaassa Kurola (2016) käyttää elvytyksen yhteydessä käsitettä virvoittelu. Lähteessä virvoitteluun sisältyy stimuloinnin lisäksi hengitysteiden imeminen. Käsitteestä ollaan kuitenkin luopumassa ja esimerkiksi vastasyntyneen elvytyksen käypä hoito -suosituksessa (2014) käytetään vain käsitteitä stimulointi ja elvytys.

Vastasyntyneen elvytyksessä tärkein toimenpide on hengityksen avustaminen huoneilmalla. Luotettavimman tuloksen ventilaation riittävydestä kertoo vastasyntyneen sydämen sykkeen parantuminen. Sykettä tulisikin seurata joko monitoroinnin tai luotettavan saturaatiomittarin avulla. Lisähappea annetaan vasta, jos syketaajuus ei nouse yli 60:n tai tavoitteen mukaista happisaturaatioarvoa ei saavuteta määräajassa. (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014.) Tavoitearvoista ei ole selkeää tutkimusnäyttöä, mutta kansainvälisten suositusten mukaan tavoitellaan seuraavia arvoja:

- 2 min 60 %
- 3 min 70 %
- 4 min 80 %
- 5 min 85 %
- 10 min 90 % (European Resuscitation Council 2015.)

100-prosenttisen hapen käyttö vastasyntyneen elvytyksessä on todettu viivästyttävän lapsen oman hengityksen käynnistymistä, vähentävän aivoverenkiertoa ja lisäävän vappaita happiradikaaleja (Vastasyntyneen elvytys: Käypä-hoito -suositus 2014).

Paineluelvytys aloitetaan, mikäli noin minuutin tehokas ventilointi lisähapen kanssa ei nosta syketaajuutta yli 60/min (Oksanen & Turva 2015, 172). Vastasyntynyt asetetaan kovalle alustalle ja rintalastaa painetaan alakolmanneksen keskeltä kahdella peukalolla (Kurola 2016). Oikea painelusyvyys on yksi kolmasosa rintakehän syvyydestä (Fellman & Luukkainen 2016). Painelun ja maskiventilaation suhde on kolmen suhde yhteen, jolloin minuutissa on noin 90 painallusta ja 30 puhallusta. Painelun voi lopettaa, kun pulssi on yli 60/min tai lapsi alkaa reagoimaan. (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014; Oksanen & Turva 2015, 172; Wyllie ym. 2015.)

Mikäli pulssitaajuus on alle 60/min painelusta ja ventilaatiosta huolimatta, voidaan elvytyksessä käyttää lääkehoitoa (Oksanen & Turva 2015, 173; Wyllie ym. 2015). Tällöin

elvytyksessä tulisi olla enemmän kuin kaksi henkilöä (Kurola 2016). Adrenaliinia annetaan 0,01 mg/kg suoneen (i.v.) tai luun sisään (i.o.) 3–5 minuutin välein (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014). Lähteissä suositetaan myös napanuoran laskimon käyttöä suoniyhteyden avaamiseen (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014; Oksanen & Turva 2015, 173; Wyllie ym. 2015). Mikäli suoniyhteyden (i.v) avaamisessa on ongelmia, on herkästi turvaututtava luunsisäisen yhteyden (i.o) avaamiseen sääriluun yläosaan (Oksanen & Turva 2015, 173; Kurola 2016). Oksanen ja Turvan (2015, 173) mukaan lapsen ollessa intuboituna, voi adrenaliinin annostella myös intubaatioputkeen. Myös vastasyntyneen elvytyksen Käypä hoito -suositus (2014) ohjeistaa samoin. ERC:n vastasyntyneen elvytyksen suosituksessa todetaan, ettei intubaatioputken käyttöä adrenaliinin antamisessa suositella, mutta sitä voi käyttää. Tällöin suositellaan annostukseksi 50–100 mikrog/kg. (Wyllie ym. 2015.) Elvytyksen Käypä hoito -suositus (2016) ei suosittele lääkkeiden annostelua intubaatioputkeen.

Verenhukkaa epäiltäessä voidaan kokeilla nestebolusta keittosuolalla (NaCl 0,9 %) tai Ringerin liuoksella 10ml/kg. Annos voidaan toistaa 40ml/kg asti. (Oksanen & Turva 2015, 173.) Verenhukkaa voidaan epäillä, kun vastasyntynyt reagoi elvytykseen huonosti (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014; Wyllie ym. 2015). Vastasyntyneen elvytyksessä nestetäytön merkityksestä ei kuitenkaan ole selvää näyttöä (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014).

Ehdotonta aikarajaa elvytyksen lopettamiseen ei ole. Elvytys lopetetaan tuloksettomana, mikäli lasta on ventiloitu ja painalluselvytetty 20 minuutin ajan asiallisesti sekä lapsi on ollut sykkeetön koko elvytyksen ajan. (Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito -suositus 2014.) European Resuscitation Council ohjeistaa harkitsemaan elvytyksen lopettamista, mikäli syke ei ole havaittavissa, eikä se ole tuntunut 10 minuutin aikana (Wyllie ym. 2015). Lopullisen päätöksen elvytyksen lopettamisesta tekee lääkäri (Hartikainen 2014).

## 5 AIKAISEMMAT TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä tutkimuksia haettiin tietokannoista Cinahl, Medic, Medline, Pubmed ja Finna. Hakusanoina käytettiin synnytys / sairaalan ulkopuolinen synnytys / kenttäsynnytys / hätäsynnytys / matkasynnytys / ensihoitajat / sairaankuljettajat / out of hospital birth / out of hospital deliveries / unplanned out of hospital birth / unplanned out of hospital / paramedic / home child birth.

Tutkimuksia ensihoitajien osaamisesta synnytyksessä avustamisessa on vähän. Opinnäytetöitä aiheeseen liittyen löytyi kolme, joista kaikkien otanta oli suppea (4–6 vastaajaa). Yhteistä näiden opinnäytetöiden tuloksissa oli se, että kaikki ensihoitajat toivoivat lisäkoulutusta matkasynnytyksen avustamiseen liittyen.

Turun ammattikorkeakoulussa on tehty opinnäytetyö, jossa selvitettiin Loimaan sairaankuljetuksen teoreettisia valmiuksia hätäsynnytykseen. Pilpolan ja Silvola opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Loimaan sairaankuljetuksen henkilökunnan kokemuksia ja teoreettisia valmiuksia hätäsynnytyksessä avustamiseen sekä kykyä arvioida vastasyntyneen vointia. Kvantitatiivinen kyselytutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelulla. Kyselyssä selvitettiin aikaisempia kokemuksia matkasynnytyksestä, teoreettisia tietoja tilannearviosta, synnytyksen vaiheista, vastasyntyneen voinnin arvioinnista ja hoitamisesta sekä vastasyntyneen virvoittelusta ja elvytyksestä. Tutkimuksen otanta oli pieni, sillä vastaajia oli vain neljä, joista kenelläkään ei ollut kokemusta matkasynnytyksestä. Tuloksissa selvisi, että ensihoitajien tilannearvion osaaminen oli kohtalaista ja synnytykseen valmistautuminen puutteellista. Synnytyksen avustamiseen oli osattu vastata tarkasti, APGAR-pisteiden kautta osattiin tulkita vastasyntyneen vointia ja elvytyksen aloituskriteerit tiedettiin hyvin. (Pilpola & Silvola 2011.)

Savonia ammattikorkeakoulussa selvitettiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen ensihoitajien näkemystä osaamisestaan matkasynnytyksen hoidossa. Logrenin ja Pylkkösen opinnäytetyö on laadullinen ja se toteutettiin puolistrukturoidulla teema-haastattelulla. Myös tämän opinnäytetyön otanta jäi pieneksi, sillä kyselyyn osallistui kuusi henkilöä, joista kahdella oli kokemusta matkasynnytyksestä. Haastateltavilta selvitettiin heidän kokemuksiaan synnyttäjien kuljetuksesta, valmiuksista hoitaa matkasynnytys ja matkasynnytyksien turvallisuudesta. Vastaajat eivät kokeneet itse matkasynnytystä haastavaksi. Haastavinta synnytyksessä koettiin olevan synnytyksen jälkeinen

aika, sillä vastaajia mietitytti vastasyntyneen herkkyyys komplikaatioille. Myös synnytyksen komplisoituminen sekä hoitajan ja äidin yhteisen kielen puuttuminen huolestuttivat. Osa miespuolisista haastateltavista koki naisen lähestymisen hankalaksi näin intiimissä tilanteessa. (Logren & Pylkkönen 2013.)

Salonen ja Uppa (2009) tekivät Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa opinnäytetyön liittyen sairaalan ulkopuolella hoidettavien synnytysten laadun parantamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena työnä, mutta sen aineistoa varten haastateltiin Pirkanmaan alueelta kätilöitä, ensihoitajia ja matkasynnytyksen kokeneita äitejä. Opinnäytetyön haastatteluun osallistui neljä ensihoitajaa. Haastateltavilla oli kokemuksia synnyttävän äidin hoidosta, mutta ei matkasynnytyksessä avustamisesta. Puolet vastaajista koki ehkä osaavansa hoitaa normaalin synnytyksen ja loput arvioivat osaamisensa heikoksi. Kaikki haastateltavat kokivat osaavansa hoitaa ja tarkkailla vastasyntynyttä, mutta äidin haastattelun ja tarkkailun ei oletettu sujuvan hyvin. (Salonen & Uppa 2009.)

Finnanest julkaisi vuonna 2007 tutkimuksen ”Suunnittelemattomat synnytykset sairaalan ulkopuolella Medi-Heli 01:n toiminta alueella 1.4.2003–31.12.2005”. Tutkimuksessa selvitettiin, millaisia synnytystehtäviä lääkärihelikopterille tulee, kuinka usein näillä tehtävillä nainen synnyttää ja miten synnytykset hoidetaan. Tutkimuksessa selvitettiin myös sairaalan ulkopuolella syntyneen lapsen selviytymistä ja synnyttävän naisen obstetrista anamneesia, eli taustatietoja. Aineistona käytettiin Medi-Helin ensihoitokertomuksia 1.4.2000–31.12.2005, joista raskaana oleviin naisiin liittyi 32 ensihoitokertomusta. Ensihoitajien osaamiseen liittyen tutkimuksessa selvisi, että ensihoitajat merkitsevät tekevänsä synnytystoimenpiteet puutteellisesti. (Silfvast ym. 2007, 449–452.) Sama huomio on tehty myös Yhdysvalloissa Yalen New Haven -sairaalan alueella tehdyssä tutkimuksessa ”Care and outcome of out-of-hospital deliveries” (Moscovitz ym. 2000).

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millainen näkemys ensihoitajilla itsellään on heidän omasta osaamisestaan toimia matkasynnytyksessä avustamisessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi ensihoitajien koulutustarpeen määrittämisessä sekä sisältöjen suunnittelussa koskien sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä avustamista.

Tutkimusongelma kiteytyy opinnäytetyön otsikon ympärille: ensihoitajien näkemykset omasta osaamisestaan matkasynnytyksessä avustamisessa. Tutkimusongelmana ovat siis:

1. Mitkä ovat ensihoitajien näkemykset heidän valmiudestaan tehdä tilannearvio synnytystehtävällä?
2. Mitkä ovat ensihoitajien näkemykset heidän valmiudestaan matkasynnytyksessä avustamisessa
  - a) avautumisvaiheen aikana?
  - b) ponnistusvaiheen aikana?
  - c) jälkeisvaiheen aikana?
  - d) poikkeavissa synnytyksissä?
  - e) vastasyntyneen hoidossa ja virvoittelussa?
3. Millainen näkemys ensihoitajilla on heidän lisäkoulutustarpeestaan liittyen
  - a) synnytystehtävän tilannearvioon
  - b) matkasynnytyksessä avustamiseen
  - c) vastasyntyneen hoitamiseen ja virvoitteluun

## 7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUMINEN

### 7.1 Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmä

Tutkimuksissa voidaan käyttää eri lähestymistapoja ja tutkimusmenetelmiä. Näistä yleisimpiä ovat kvalitatiivinen eli laadullinen sekä kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on tilastollisen merkitsevyyden arviointi. Määrällistä tutkimusta voidaan toteuttaa muuttujia mittaamalla, tilastollisia menetelmiä käyttämällä ja muuttujien välisiä yhteyksiä tarkastelemalla. (Vilka 2007, 13–17; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–42, 45–46.) Tämä tutkimus toteutettiin näiden periaatteiden mukaisesti, tarkoituksena tuoda ilmi ensihoitajien mahdollista lisäkoulutustarvetta.

Kvantitatiivinen lähestymistapa on suositeltava, silloin kun tutkimusongelma mittaa tietyn ominaisuuden esiintyvyyttä tietyssä joukossa tai minkä vuoksi tiettyä ilmiötä esiintyy tietyssä joukossa. Myös tilanteissa, joissa tutkitaan kahden ilmiön välistä riippuvuutta tai halutaan selvittää mitkä tekijät selittävät tutkittavaa ilmiötä, on kvantitatiivinen tutkimusasetelma toimiva. Tässä tutkimuksessa kvantitatiivinen lähestymistapa toimii jo olemassa olevaa tietoa hyödyntävänä, kartoittavana tutkimuksena. (Vilka 2007, 12–21; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–42, 45–46, 48–49.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineistot voidaan jakaa joko tiettyä tutkimusta varten kerättyyn välittömään tietoon eli primaariaineistoon, tai sekundaariaineistoon, jossa hyödynnetään aikaisempia tutkimusaineistoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86–87.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin primaariaineistoa. Tutkimusaineisto kerättiin poikittaistutkimuksena, strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3), jossa vastajille annettiin valmiiksi vastausvaihtoehdot. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95–96; Parahoo 2014, 48–49.) Vastausvaihtoehdot laadittiin järjestysasteikon mukaan erittäin huonosta erittäin hyvään: 1 = erittäin huonosti, 2 = huonosti, 3 = kohtalaisesti, 4 = hyvin ja 5 = erittäin hyvin (Gillis & Jackson 2002, 466–467; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101).

Kyselylomakkeessa kartoitettiin aluksi taustatietoja (liite 3) seuraavasti:

- Sukupuoli
- Toimipaikka
- Työsuhde



- Työkokemus ensihoidossa vuosina
- Oletko avustanut synnytyksessä, jos kyllä niin kuinka monta kertaa?
- Oletko osallistunut matkasynnytystä koskeviin simulaatioharjoituksiin?

Tilannearvioon, synnytykseen, vastasyntyneen hoitoon ja virvoitteluun sekä mahdolliseen matkasynnytyksen lisäkoulutustarpeeseen liittyvät kysymykset laadittiin kirjallisuuskatsauksessa esille tuotujen synnytyksen keskeisten asioiden perusteella, jolloin saatiin kattava kokonaiskuva aiheesta. Kyselylomakkeen runkoa ohjasivat tutkimusongelmat (kts. s. 28) ja ne etenivät kronologisessa järjestyksessä synnytyksen käynnistymisvaiheesta aina synnytyksen jälkeisvaiheeseen sekä vastasyntyneen hoitoon ja virvoitteluun. Jokaisesta synnytyksen osiosta on yksi tai useampi kysymys. Kyselylomakkeen kysymyksillä haettiin tutkimusongelmiin vastauksia seuraavasti:

- Tutkimusongelma 1: kysymykset 9–12
- Tutkimusongelma 2
  - a: kysymykset 13–16
  - b: kysymykset 17–24
  - c: kysymykset 25–28
  - d: kysymykset 29–32
  - e: kysymykset 33–38
- Tutkimusongelma 3: kysymykset 39–40

## 7.2 Kohderyhmä ja otoksen / näytteen valinta

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoitajat, joiden osaamista arvioitiin heistä otetun näytteen perusteella. Näyte koostuu ensihoidon ammattilaisista, jotka ovat Med Group Oy:n työntekijöitä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Med Group Oy:llä on vakituisia työntekijöitä noin 50, jonka lisäksi sijaisia ja vakituisia keikkalaisia on yli 50.

Alkuperäinen tarkoitus oli saada VSSH:n alueen Med Group Oy:n lisäksi aineistonkeruulupa myös muilta VSSH:n alueen ensihoidon palveluntuottajilta. Kohderyhmän valinnan ja aineistonkeruulupien odottelun vuoksi kyselyn lähettäminen siirtyi odotettua

myöhemmäksi. Aineistonkeruulupaa haettiin usealta ensihoidon palveluntuottajalta, mutta monista yhteydenotoista huolimatta yhteistyöhön lähti ainoastaan Med Group Oy.

Aineistonkeruussa jouduttiin tyytymään näytteeseen, otoksen sijaan. Näytteen ottaminen valittiin pienen kohderyhmän vuoksi. Otoksen käyttäminen olisi edellyttänyt useampia yhteistyökumppaneita, joiden avulla olisi saatu suurempi kohderyhmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104–107).

### 7.3 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus

Kyselylomake lähetettiin Webropolin kautta yhdelle Med Group Oy:n esimiehistä, joka välitti linkin kyselyyn kaikille työntekijöille. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui keväällä 2016, viikkojen 14–15 aikana. Kyselylomakkeeseen vastaaminen onnistui linkin kautta. Linkki oli aktiivinen koko kahden viikon ajan. Vastaaminen kyselyyn kesti noin 10 minuuttia. Työntekijöille annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa. Vastausaikaa pidennettiin yhteisellä päätöksellä Med Group Oy:n esimiehen kanssa kolmella päivällä. Tällöin päätettiin siihen, että esimies muistutti työntekijöitä uudestaan vastaamisen tärkeydestä. Vastausajan pidentämisellä ei ollut merkitystä vastaajamäärään.

### 7.4 Aineiston käsittely, analysointi ja tulosten kuvaaminen

Aineisto analysoitiin käyttämällä Webropol-ohjelmaa. Ohjelman avulla tarkistettiin aineisto ja laskettiin frekvenssit, keskiarvot ja prosenttiosuudet jokaiselle muuttujalle. Tämän jälkeen tuloksista luotiin havainnollistavia kuvioita ja taulukoita tukemaan aineiston raportointia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100–101; Parahoo 2014, 357–359). Avoin kysymys analysoitiin vapaasti saadun sisällön pohjalta aineistoa pelkistämällä ja luokittelemalla induktiivisella sisällönanalyysillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167–171). Käytännössä siis katsottiin alkuperäisen kommenttiin sopiva pelkistys, alkuperäisen kommentin sisältöä muuttamatta. Tämän jälkeen pohdittiin mikä sopisi alakategoriaksi tälle kyseiselle kommentille, jonka pohjalta saatiin myös pääkategoria. Yläkategoria oli jo tiedossa aikaisemmin, sillä se mainittiin jo itse kyselylomakkeen kysymyksessä. Lisäksi kaikki ala- ja yläkategoriat vahvistivat tämän pääkategorian sisällön.

Esitettyjä tuloksia ei kuitenkaan voida vertailla suhteessa taustamuuttujiin. Taustamuuttujien ja tulosten välisestä syy-seuraus-suhteesta ei voida tehdä päätelmiä, koska taustamuuttujat eivät ole keskenään yhtenäisiä, jolloin valitut vertailukohteet eivät anna informatiivista tulosta. Yhden taustamuuttujan kautta tapahtuva luotettava tulosten vertailu ei ole mahdollista, koska näyte on niin pieni muiden taustamuuttujatekijöiden samanlaisen vaikutuksen poissulkemiseksi. Näyte on myös niin pieni, ettei tuloksista voida tehdä tilastollisia merkitsevyyslaskelmia eikä niitä voida yleistää. Toisin sanoen taustamuuttujittain esitettävät tulokset ja erot vastaajien välillä voivat johtua myös sattumasta tai osaamiseen vaikuttaa jokin muu seikka kuin kyseinen taustamuuttuja.

## 8 TULOKSET

### 8.1 Taustatiedot

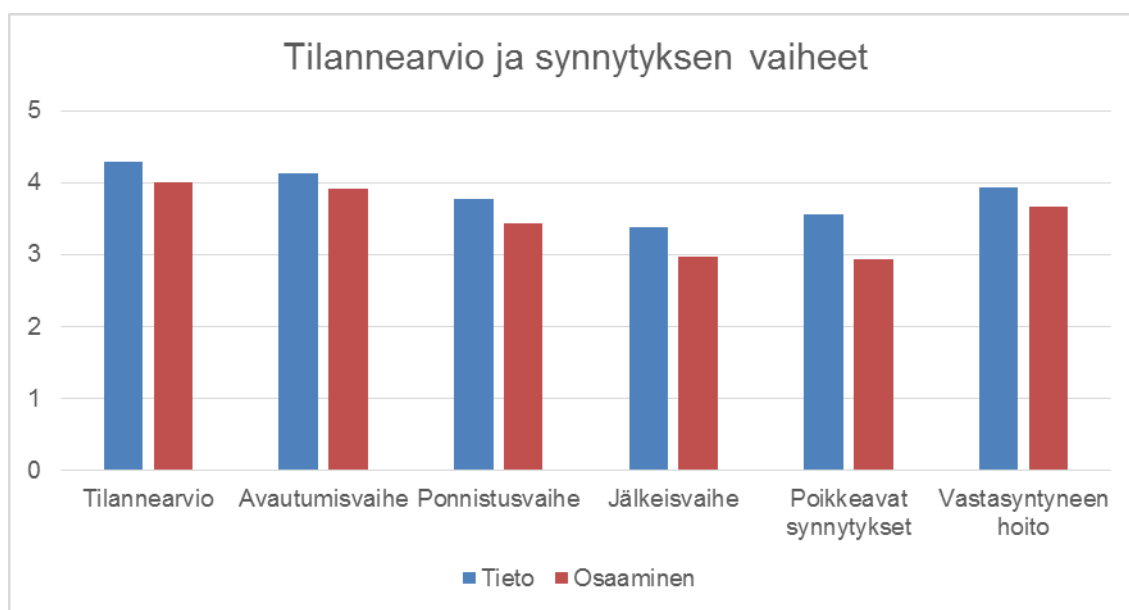
Kyselytutkimus lähetettiin Med Group Oy:n Vakka-Suomen sekä Salon ja Kemiönsaaren alueiden työntekijöille. Kysely lähetettiin 121 työntekijälle, josta vastauksia saatiin yhteensä 31 (taulukko 3). Vastausprosentiksi jäi 25. Suurin osa vastaajista oli naisia (71 %, n=22). Työntekijöistä 18 oli Salon ja Kemiönsaaren alueelta ja 13 Vakka-Suomen alueelta. Vakituisia työntekijöitä vastaajista oli 21 ja keikkalaisia 10. Suurimmalla osalla vastaajista oli ensihoitaja AMK tutkinto tai sairaanhoitajan AMK tutkinto hoitotason edellyttämällä 30 op:n lisäkoulutuksella (84 %, N=31). Vastaajien työkokemus ensihoidosta vaihteli 1–16 vuoden välillä. Kokemusta synnytyksessä avustamisesta oli 48 % (n=15) työntekijöistä.

Taulukko 3. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot (N=31).

Taustatiedot		n	%
Sukupuoli	Nainen	22	71
	Mies	9	29
Tutkinto	Ensihoitaja AMK	15	48,5
	Sairaanhoitaja AMK + 30 op jatko-opinnot	9	29
	Sairaanhoitaja + 30 op jatko-opinnot	2	6,5
	Sairaanhoitaja AMK	1	3
	Lähihoitaja	3	10
	Pelastaja	1	3
Toimipaikka	Salon ja Kemiönsaaren alue	18	58
	Vakka-Suomen alue	13	42
Työsuhde	Vakituinen työntekijä	21	68
	Keikkalainen	10	32
Työkokemus	1-3 vuotta	13	42
	4-6 vuotta	13	42
	7 vuotta tai yli	5	16
Osallistuminen simulaatioon	Kyllä	16	52
	Ei	15	48
Avustaminen synnytyksessä	0 kertaa	16	52
	1 kerta	7	22
	2 kertaa	2	6
	3 kertaa	3	10
	Yli 3 kertaa	3	10

## 8.2 Osaaminen synnytyksen eri vaiheissa

Vastaajat kokivat tietonsa osaamistaan vahvemerkiksi synnytyksen jokaisessa vaiheessa (kuvio 2). Tuloksia tarkasteltaessa osaaminen oli pääsääntöisesti kohtalaista tai hyvää. Parhaiten osattu vaihe oli tilannearvio. Toiseksi parhaiten oli osattu avautumisvaiheen hoito. Heikkoa vastaajien osaaminen oli poikkeavissa synnytyksissä. Tämän lisäksi myös jälkeisvaiheen osaaminen jäi kohtalaisen alapuolelle.

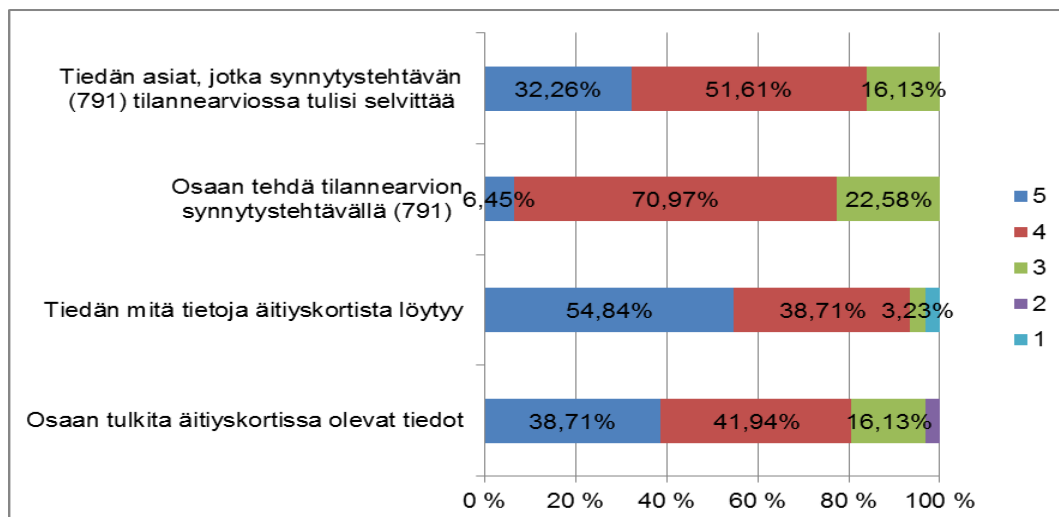


Kuviossa keskiarvot vastausvaihtoehtojen mukaan, asteikolla 1–5, erittäin huonosta erittäin hyvään.

Kuvio 2. Ensihoitajien näkemys tiedostaan ja osaamisestaan tilannearviossa ja synnytyksen eri vaiheissa.

### 8.2.1 Tilannearvio

Tilannearvion kohdassa tiedettiin paremmin äitiyskortin sisältö, kuin tilannearviossa selvitettävät asiat. Yleisesti ottaen tilannearviossa omaa tietämystä ja osaamista pidettiin vähintään hyvänä. Vain muutama vastaajista koki osaamisensa kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi (kuvio 3). Heikoimmaksi osaaminen koettiin synnytystehtävällä tilannearvion tekemisessä.

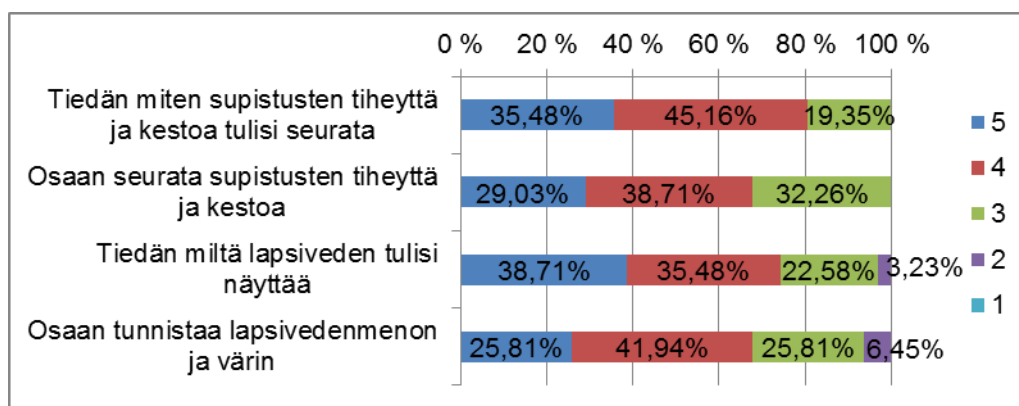


Numerot 5–1 kuvaavat vastausvaihtoehtoja erittäin hyvästä erittäin huonoon. Värillisten palkkien pituudet kuvaavat kunkin vastauksen prosentuaalista lukumäärää.

Kuvio 3. Tilannearvion osaaminen.

## 8.2.2 Avautumisvaihe

Avautumisvaiheessa vastaajista yli kaksi kolmasosaa koki osaavansa kaikki osa-alueet hyvin tai erittäin hyvin (kuvio 4). Vaiheista parhaiten tiedettiin supistusten tiheyden ja keston seuranta. Osaamisen suhteen supistusten tiheyden ja keston seuranta taas oli heikointa.

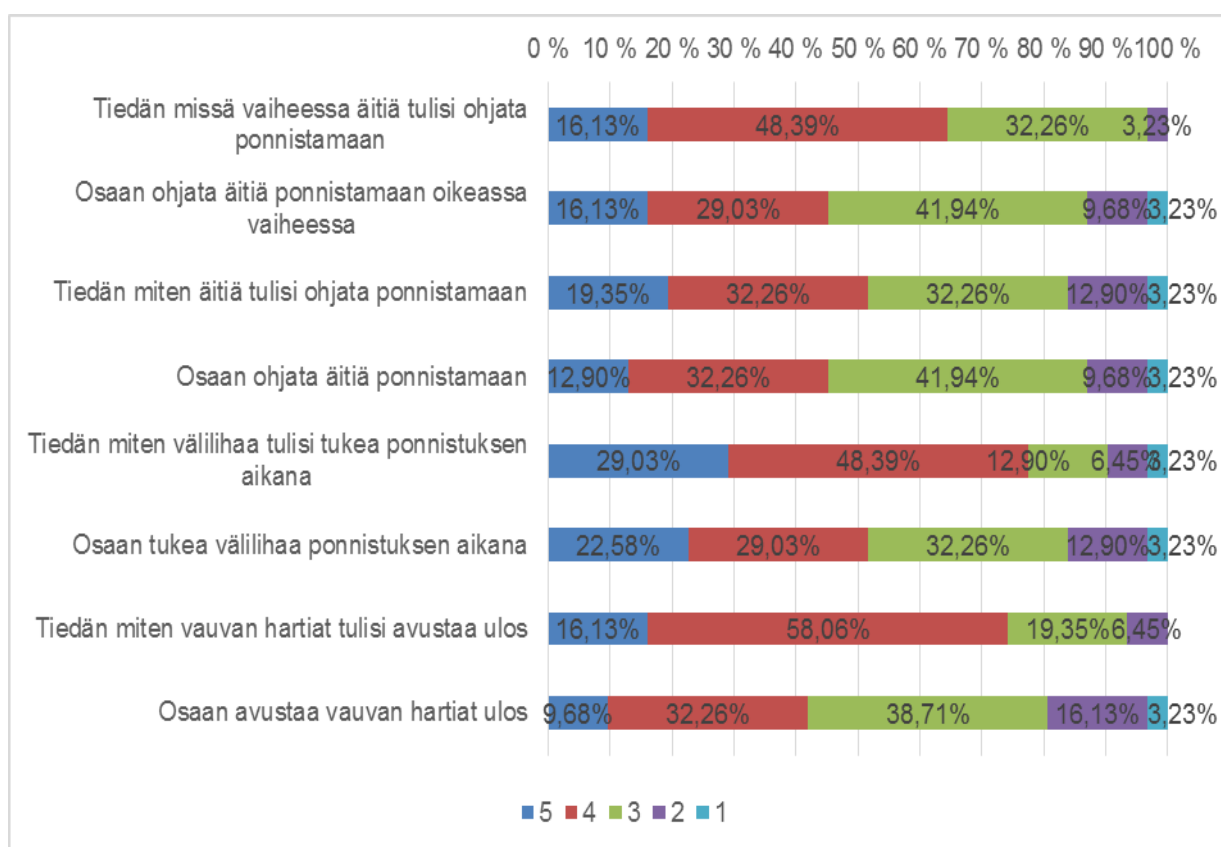


Numerot 5–1 kuvaavat vastausvaihtoehtoja erittäin hyvästä erittäin huonoon. Värillisten palkkien pituudet kuvaavat kunkin vastauksen prosentuaalista lukumäärää.

Kuvio 4. Avautumisvaiheen osaaminen.

### 8.2.3 Ponnistusvaihe

Ponnistusvaiheessa ilmeni selkeitä eroja tietämisen ja osaamisen välillä. Parhaiten tiedetty asia oli välilihan tukeminen ponnistuksen aikana. Samassa aiheessa myös osaaminen oli vahvinta. Heikoimmin tiedettiin, miten äitiä tulisi ohjata ponnistamaan. Osaamisessa heikoimmaksi koettiin vauvan hartioiden ulos avustaminen. Siinä yli puolet vastaajista koki osaamisensa kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi (kuvio 5). Äidin ohjaaminen ponnistamaan oikeassa vaiheessa sekä oikealla tavalla koettiin myös osaamisen kannalta lähes yhtä haastaviksi.

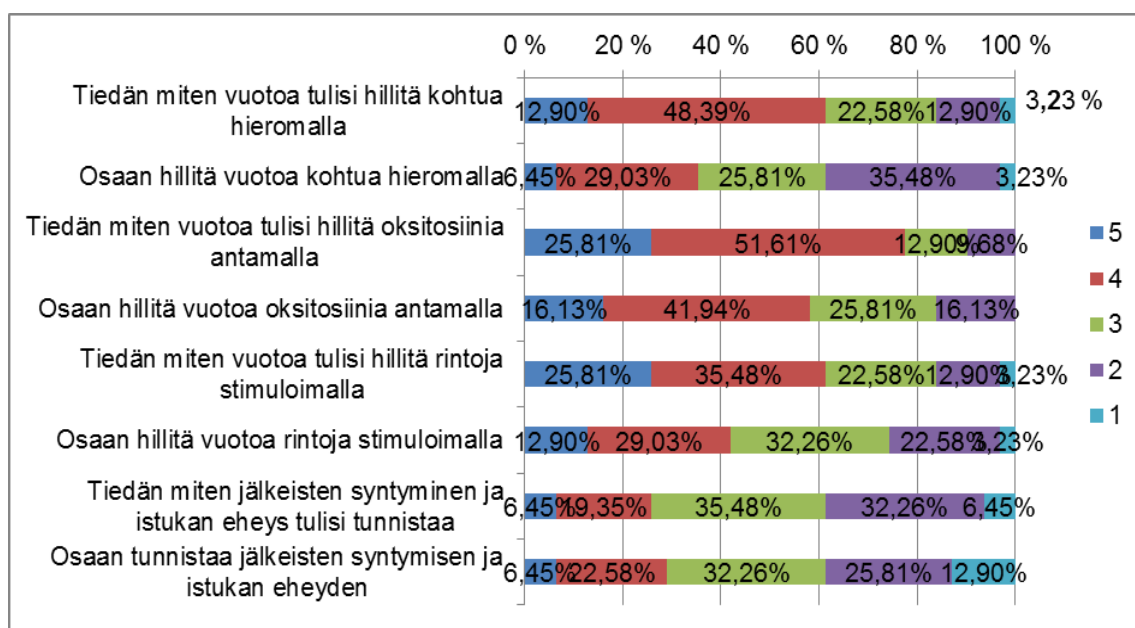


Numerot 5–1 kuvaavat vastausvaihtoehtoja erittäin hyvästä erittäin huonoon. Värillisten palkkien pituudet kuvaavat kunkin vastauksen prosentuaalista lukumäärää.

Kuvio 5. Ponnistusvaiheen osaaminen.

### 8.2.4 Jälkeisvaihe

Jälkeisvaiheessa osaaminen vaihteli paljon. Parhaiten äidin vuodon hillitsemisen tavoista hallittiin oksitosiinin anto (kuvio 6). Heikointa osaaminen oli vuodon hillitsemisessä kohtua hieromalla. Yleisesti jälkeisvaiheessa heikoiten hallittiin jälkeisten syntyminen ja istukan eheys. Vastaajista kaksi kolmasosaa koki tietonsa ja osaamisensa olevan joko kohtalaista tai huonoa.



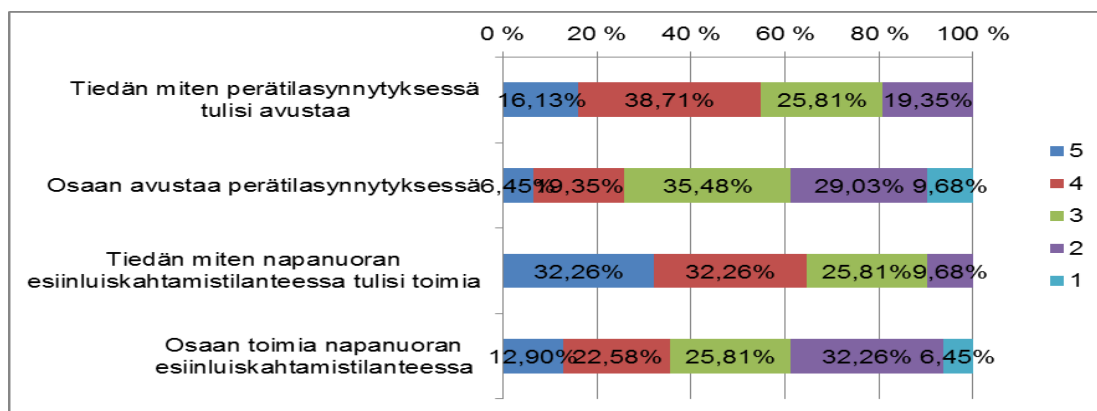
Numerot 5–1 kuvaavat vastausvaihtoehtoja erittäin hyvästä erittäin huonoon. Värillisten palkkien pituudet kuvaavat kunkin vastauksen prosentuaalista lukumäärää.

Kuvio 6. Jälkeisvaiheen osaaminen.

### 8.2.5 Poikkeavat synnytykset

Poikkeavissa synnytyksissä yli puolet vastaajista tiesi asiat hyvin tai erittäin hyvin. Osaaminen taas oli selkeästi heikompaa (kuvio 7). Perätilasynnytyksen hoito osattiin heikomminkin napanuoran esiinluiskahtamistilanteen hoito. Vastaajista kaksi kolmasosaa koki osaamisensa perätilasynnytyksessä avustamiseen kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi.



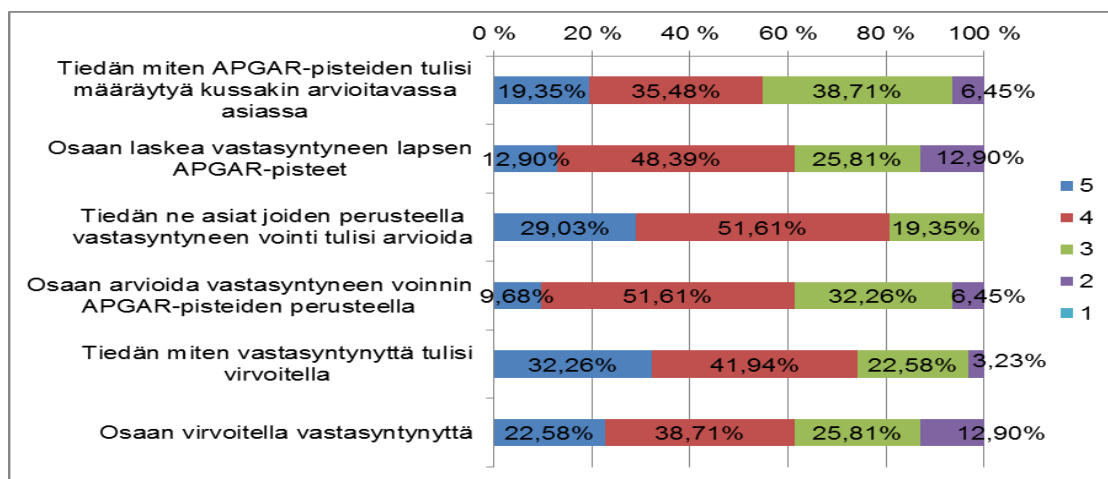


Numerot 5–1 kuvaavat vastausvaihtoehtoja erittäin hyvästä erittäin huonoon. Värillisten palkkien pituudet kuvaavat kunkin vastauksen prosentuaalista lukumäärää.

Kuvio 7. Poikkeavien synnytysten osaaminen.

#### 8.2.6 Vastasyntyneen hoito ja virvoittelu

Vastasyntyneen hoito tiedettiin ja osattiin pääsääntöisesti hyvin. Parhaiten vastaajat kokivat tietävänsä asiat joiden perusteella vastasyntyneen vointia arvioidaan (kuvio 8). Yli neljä viidesosaa koki tietävänsä voinnin arvioinnin asiat hyvin tai erittäin hyvin. Vastasyntyneen hoidon ja virvoittelun osaamista kartoittavissa kysymyksissä ei ilmennyt suuria eroavaisuuksia. Kaikkien aiheiden osaaminen oli lähes kahdella kolmasosasta vastaajista hyvää tai erittäin hyvää.



Numerot 5–1 kuvaavat vastausvaihtoehtoja erittäin hyvästä erittäin huonoon. Värillisten palkkien pituudet kuvaavat kunkin vastauksen prosentuaalista lukumäärää.

Kuvio 8. Vastasyntyneen hoidon ja virvoittelun osaaminen.

### 8.3 Synnytyksen vaativin vaihe

Ensihoitajilta selvitettiin, mikä heidän mielestään on synnytyksen vaativin vaihe. Vastauksista tehtiin taulukko (taulukko 4), jossa on otettu alkuperäisistä ilmauksista pelkistetyt ilmaukset ja niiden pohjalta tehty alakategoriat, yläkategoriat ja pääkategoria. Pääkategoriana oli synnytyksen vaativin vaihe. Yläkategorioina olivat tilannearvioon, synnytykseen tai vastasyntyneen hoitoon ja virvoitteluun liittyvät haasteet sekä synnytykseen liittyvän välineistön haasteet. Alakategorioina olivat synnytyksen eri vaiheet, synnytyksen komplikaatiot, äidin hoitaminen, sekä vaikeat kenttäolosuhteet ja puutteelliset välineet.

Vastauksista nousi suurimpana esille ponnistusvaiheen hoitaminen sekä poikkeavat synnytykset. Kaiken kaikkiaan vaikeaksi koettiin synnytyksen eri vaiheista tilannearvion tekeminen, jälkeisvaiheen hoito, poikkeavat synnytykset sekä vastasyntyneen hoitaminen. Tämän lisäksi vaikeaksi koettiin synnytyksen hoitaminen poikkeavassa ympäristössä puutteellisten välineiden kanssa.

Tilannearviosta mainittiin vaikeiksi arvio sairaalaan lähdöstä ja itse tilannearvion tekeminen. Ponnistusvaiheen teki vaikeaksi vastausten perusteella ponnistusvaiheen aloittaminen sekä vaikea ja pitkittynyt ponnistusvaihe. Lisäksi ponnistusvaiheen vaikeita osia olivat mm. hartioiden syntyminen ja vauvan syntymän avustaminen. Jälkeisvaiheessa vaikeaksi koettiin äidin hoitaminen synnytyksen jälkeen. Myös äidin vuotojen seuranta ja hallitseminen, jälkeisten syntyminen sekä napanuoran sitominen koettiin haastaviksi. Vastasyntyneen hoitaminen ajateltiin vaikeaksi lapsen voinnin arvioinnin ja APGAR-pisteityksen vuoksi. Myös vastasyntyneen virvoittelu koettiin haastavaksi osaksi vastasyntyneen hoitoa. Poikkeavista synnytyksistä mainittiin perätilasynnytys, napanuoran esiinluiskahdus ja kiertyminen kaulan ympäri sekä poikkeavat tilanteet.

Muita vaikeaksi koettuja asioita olivat mm. synnytyksen komplikaatiot. Näistä erityisesti nousi ilmi hätäsektio ja runsaasti vuotavan äidin hoito. Yleisesti koko kenttäsynnytys koettiin haastavaksi, esimerkiksi yksi vastaajista kertoi vaikeaksi pelkästään äidin ja ensihoitajan sijoittautumisen ambulanssissa. Tämän lisäksi haastavaksi mainittiin äidin kanssa kontaktin ja turvallisen ilmapiirin luominen sekä äidin tuntemusten ja niiden merkitysten arviointi.

Välineellisiä huomioita tehtiin kivunhoidosta sekä sikiön sykkeen tarkkailusta. Nämä koettiin haasteellisiksi välineistön puutteiden vuoksi. Kivunhoitomenetelmät ensihoidossa

eivät riitä hoitamaan synnyttävän äidin kipua. Lisäksi ambulanssissa ei ole riittävää välineistöä tarkkailemaan sikiön sykettä ja vointia.

Taulukko 4. Induktiivisen sisällön analyysi ja synnytyksen vaativimpien vaiheiden luokittuminen pää-, ylä- ja alakategorioihin.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"Säännöllisessä synnytyksessä mm arvio siitä, jäädäänkö ponnistamaan vai jatketaanko sairaalaan."	Arvio sairaalaan lähdöstä	Tilannearvion tekeminen	Tilannearvioon, synnytykseen tai vastasyntyneen hoitoon ja virvoitteluun liittyvät haasteet	Synnytyksen vaativin vaihe
"Tilannearvion tekeminen."	Tilannearvion tekeminen			
"Ponnistusvaihe joka pitkittyy ja äiti väsy."	Vaikea ponnistusvaihe johtaa äidin väsymiseen	Ponnistusvaiheen avustamisen osaaminen		
"Ponnistaminen"	Ponnistusvaihe			
"Ponnistusvaihe, koska kuuluu alkaa ponnistamaan"	Ponnistusvaihe ja ponnistamisen aloitus			
"Ponnistamisluvan anto/ponnistusvaiheen ohjaus"	Ponnistamisen ohjaus			
"Hartioiden syntyminen"	Hartioiden syntyminen			
"Vauvan oikea ulosottoasento."	Vauvan syntymän avustaminen			
"Äidin vuoto/vuotojen hoitaminen synnytyksen jälkeen."	Äidin hoitaminen synnytyksen jälkeen	Jälkeisvaiheen hoitaminen		
"Vuodon määrän arviointi ja jälkeisten syntyminen"	Vuoto ja jälkeisten syntyminen			
"Jälkeisvaihe, jos äiti vuotaa ja istukka ei synny helposti."	Vuoto ja istukan syntymisen ongelmat jälkeisvaiheessa			
"Napanuoran sitominen ja jälkeisten synnytys ja arvio onko tarpeen matkan aikana."	Napanuoran sitominen ja jälkeisten syntyminen			
"Syntyneen vauvan tilan arviointi (pisteytys)."	Lapsen voinnin arviointi	Vastasyntyneen hoitaminen ja virvoittelu		
"Vastasyntyneen voinnin pisteyttäminen apgar-pisteillä"	APGAR-pisteiden anto			

"Vauvan tilan arviointi synnytyksen jälkeen"	Lapsen voinnin arviointi			
"Vastasyntyneen virvoittelu jos ei spontaanisti ala itkemään ja väri ei ole hyvä"	Vastasyntyneen virvoittelu			
"Vastasyntyneen hoito syntymän jälkeen, jos ilmenee ongelmia."	Vastasyntyneen hoitaminen ongelmatilanteissa			
"Vauvan tarjonta onkin yllättäen vääränlainen."	Vääränlainen tarjonta	Poikkeavan synnytyksen hoitaminen		
"Perätilassa syntyvä lapsi"	Perätilasynnytys			
"Jos synnytys ei suju normaalin kaavan mukaan ja tulee muuttujia. Esim. Napanuoran esille luiskahdus tai perätilasynnytys."	Napanuoran esiinluiskahdus ja perätilasynnytys			
"Poikkeavat synnytykset"	Poikkeavat synnytykset			
"Napanuoran kiertyminen kaulan ympäri tunnistaminen ja irroittaminen."	Napanuoran kiertyminen kaulan ympäri			
"Tietenkin myös tilanteet joissa synnytys ei eteneäkään toivotulla tavalla vaan tapahtuu komplikaatioita, esimerkiksi verenvuotoa"	Synnytyksen komplikaatiot	Synnytyksen komplikaatioiden hoitaminen		
"Tilanne jossa vauvalla on hätä ja hänet pitää saada syntymään kii-reesti"	Hätäsektio			
"Runsaasti vuotavan äidin hoito"	Runsaan vuodon hoito			
"Äidin saaminen hyvään asentoon ambulanssissa ja sen jälkeen toimiminen turvallisesti niin ettei liukas lapsi pääse putoamaan."	Äidin ja ensihoitajan sijoittuminen ambulanssissa.	Synnytyksen hoitaminen ambulanssissa		
"Koko synnytys kenttäolosuhteissa/ambulanssissa on niin poikkeavaa joten se tekee koko tilanteesta vaativan"	Synnytys kenttäolosuhteissa/ambulanssissa on vaikeaa			
"Äidin erilaisten tuntemusten tulkinta ja niiden merkitys synnytyksessä"	Äidin tuntemukset ja niiden merkitys	Äidin hoitaminen		
"Saada tilanne rauhoittumaan ja kontakti äitiin, jotta se kuuntelee."	Äidin kanssa kontaktin luominen			
"Pysyä itse rauhallisena ja näyttää siltä, että kaikki varmasti sujuu hyvin."	Rauhallisena pysyminen	Turvallisen tilanteen luominen		

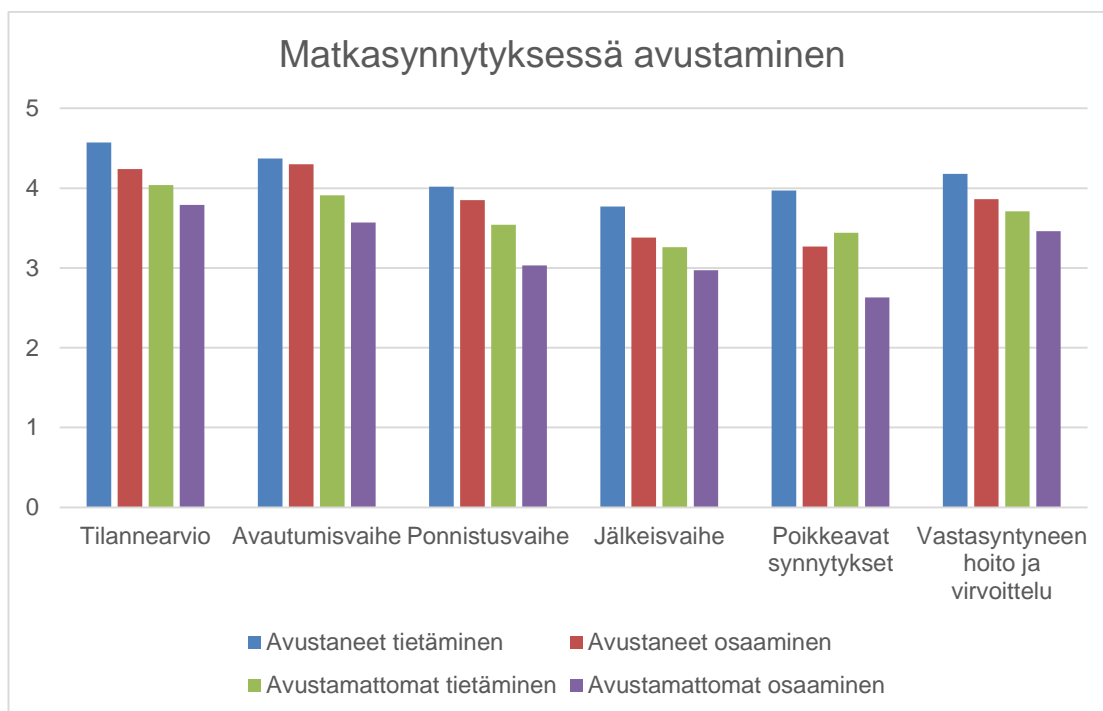
"Ensihoidon hyvin rajalliset kivunhoitomenetelmät koen haasteellisenä mikäli synnytys jouduttaisiin viemään loppuun kohteessa tai matkalla."	Kivunhallintamenetelmät ensihoidossa haasteelliset	Synnytyksen kivunhoidon toteutus	Synnytykseen liittyvän välineistön haasteet	
"Ei tietenkään voi varsinaisesti todeta ambulanssissa sillä siellä ei ole sydänäänten kuunteluun sopivaa laitteistoa"	Ambulanssissa ei ole sydänäänten kuunteluun sopivaa laitteistoa	Sikiön sydänäänten kuuntelun mahdollistaminen		

#### 8.4 Kokemus tietämisestä ja osaamisesta taustamuuttujittain

Tutkimusaineiston tuloksia voidaan tarkastella myös suhteessa vastaajien taustamuuttujiin. Taustamuuttujiksi valittiin matkasynnytyksessä avustaminen, työkokemus sekä osallistuminen simulaatioharjoitukseen. Näytteen koon pienuuden vuoksi tilastollisia merkitsevyyslaskelmia ei voitu tehdä.

##### 8.4.1 Kokemus matkasynnytyksessä avustamisessa

Synnytyksessä avustaneiden kokemus omasta osaamisestaan ja tietämisestään oli tilannearviossa ja jokaisessa synnytyksen vaiheessa korkeampaa verrattuna kokemattomiin (kuvio 9). Tilannearvion tietämisessä synnytyksessä avustaneiden keskiarvo oli 4,57 ja kokemattomilla 4,04. Henkilöt, joilla ei ole synnytyksessä avustamisessa kokemusta, kokivat tietävänsä synnytyksen eri vaiheista parhaiten tilannearvion. Tilannearvion osaamisen suhteen heidän keskiarvo oli 3,79 avustaneilla sen ollessa 4,24.



Kuviossa keskiarvot vastausvaihtoehtojen mukaan, asteikolla 1–5, erittäin huonosta erittäin hyvään.

Kuvio 9. Matkasynnytyksessä avustaneiden ja siinä kokemattomien osaaminen.

Synnytyksessä avustaneiden tietäminen avautumisvaiheessa oli keskiarvoltaan 4,37, kun kokemattomilla se oli 3,91. Avautumisvaiheen osaamisen keskiarvo oli avustaneilla 4,3 ja kokemattomilla 3,57.

Selvin ero ryhmien välillä oli ponnistusvaiheen hoitamisen osaamisessa. Avustaneiden keskiarvoksi muodostui 3,85 kun kokemattomilla se oli 3,03. Ponnistusvaiheen tietäminen pysyi avustaneilla hyvän puolella keskiarvolla 4,04. Kokemattomilla vastausten keskiarvo oli 3,54.

Eri vaiheiden tietämisessä jälkeisvaihe koettiin hankalimmaksi. Synnytyksessä avustaneiden tietämisen keskiarvoksi muodostui 3,77 ja kokemattomien 3,26. Jälkeisvaiheen osaamisen suhteen keskiarvot olivat avustaneilla 3,38 ja kokemattomilla 2,97.

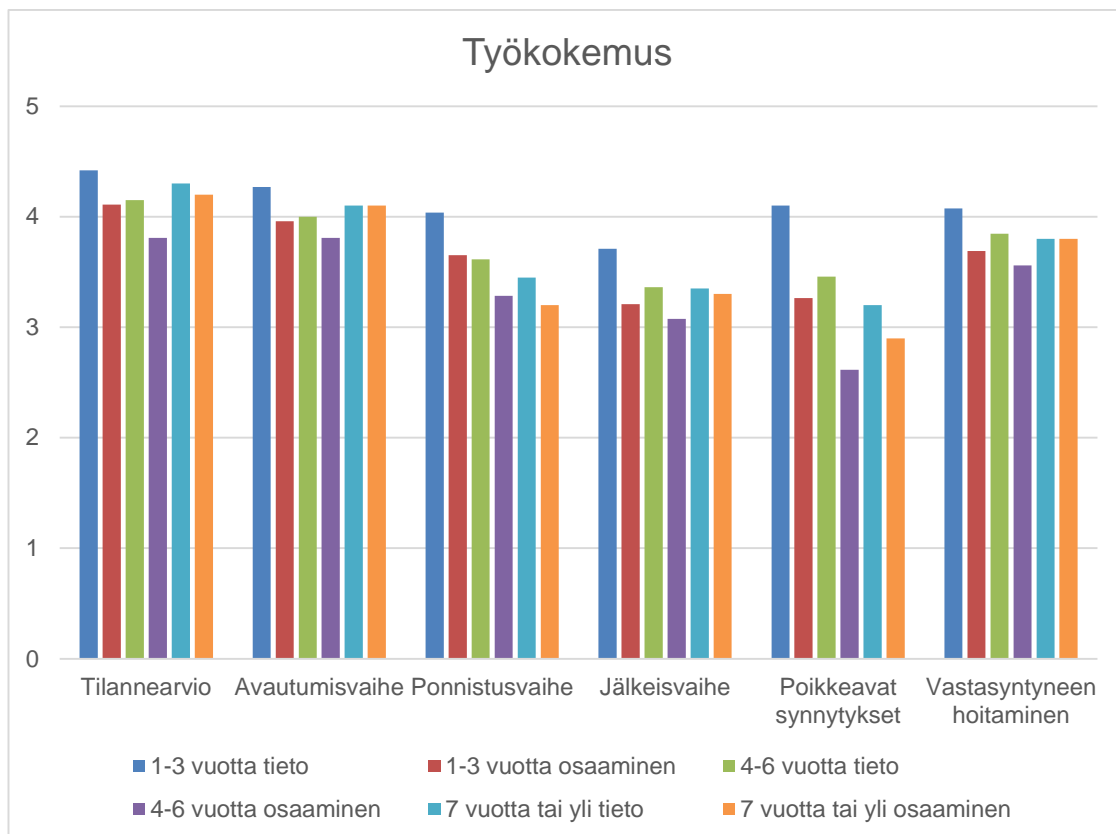
Poikkeavien synnytysten hoidon osaaminen oli heikointa. Avustaneiden vastauksien keskiarvoksi tuli 3,27. Kokemattomien vastaukset tippuivat kohtalaisen alapuolelle keskiarvolla 2,63.

Vastasyntyneen hoidon ja virvoittelun tiesivät synnytyksessä avustaneet hyvin: keskiarvo 4,18. Synnytyksessä avustamattomien tietäminen oli hieman hyvän alapuolella keskiarvolla 3,71. Vastasyntyneen hoito ja virvoittelu osattiin avustaneiden ryhmässä keskiarvolla 3,86 ja kokemattomien ryhmässä keskiarvolla 3,46.

#### 8.4.2 Työkokemus

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajan työkokemusta ensihoidossa vuosina. Nämä vastaukset luokiteltiin mahdollisimman tasapuolisiin ryhmiin, jolloin ryhmät muodostuivat: Kokemusta 1–3 vuotta (n=13), kokemusta 4–6 vuotta (n=13) ja kokemusta 7 vuotta tai enemmän (n=5).

Tarkasteltaessa yleisesti tuloksia kokivat vähiten kokemusta omaavat tietävänsä parhaiten jokaisen synnytyksen osa-alueen (kuvio 10). Kokeneimmat taas kokivat osaavansa hoitaa synnytyksen eri vaiheet parhaiten, lukuun ottamatta ponnistusvaihetta ja poikkeavia synnytyksiä. Näiden osaaminen oli korkeinta ryhmässä, joiden kokemus ensihoidosta oli 1–3 vuotta.



Kuviossa keskiarvot vastausvaihtoehtojen mukaan, asteikolla 1–5, erittäin huonosta erittäin hyvään.

Kuvio 10. Ensihoitajien osaaminen työkokemuksen mukaan jaotelluissa ryhmissä.

Tilannearvion tietämisen vastausten korkein keskiarvo oli 4,42 vähiten kokemusta omaavilla (1–3 vuotta). Osaaminen tilannearviossa oli korkeinta kokeneimmilla (7 vuotta tai yli) vastauksien keskiarvon ollessa 4,2.

Avautumisvaihe koettiin tiedettävän parhaiten 1–3 vuoden työkokemus -ryhmässä. Keskiarvoksi muodostui 4,27. Avautumisvaiheen osaamisessa korkein osaaminen muodostui kokeneimmilta, keskiarvo 4,1.

Ponnistusvaiheen tietäminen oli 1–3 vuoden työkokemus -ryhmässä keskiarvolta 4,036. Toiset ryhmät jäivät tässä osa-alueessa hyvän alapuolelle: 4–6 vuoden työkokemus ryhmä keskiarvolla 3,62 ja kokeneimmat keskiarvolla 3,45. Ponnistusvaiheessa kaikkien osaaminen jäi myös hyvän alapuolelle. 1–3 vuoden kokemusta omaavat keskiarvolla 3,65 ja 4–6 vuotta kokemusta keskiarvolla 3,29 sekä 7 vuotta tai enemmän kokemusta ryhmä keskiarvolla 3,2. Heikoimmaksi osaaminen koettiin hartioiden ulosavustamisessa, jossa keskiarvo vaihteli 3–3,54.



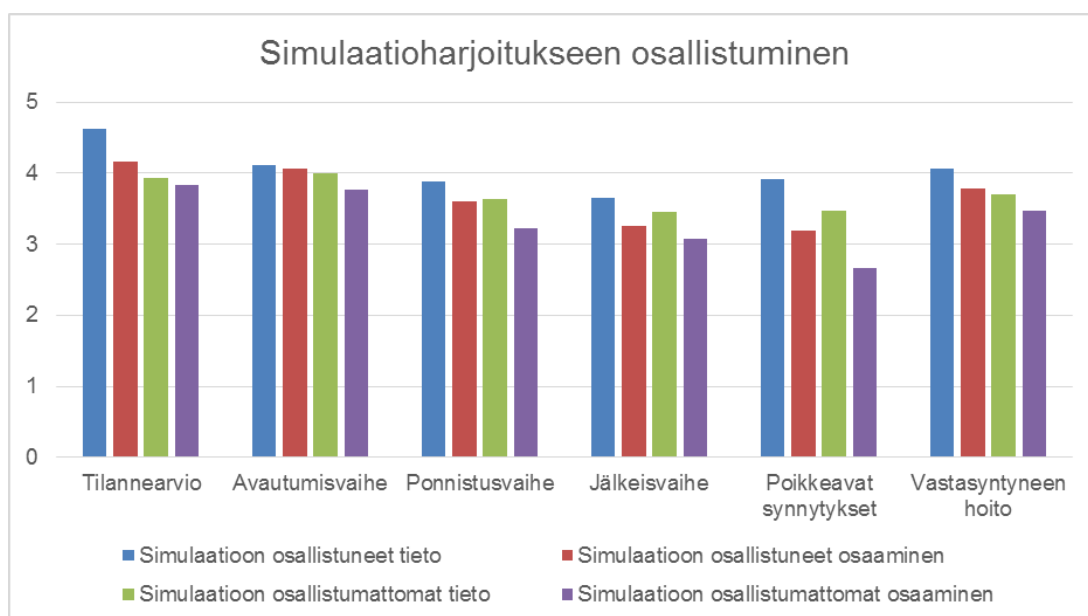
Jälkeisvaiheen tietämisessä ja osaamisessa kaikkien ryhmien keskimääräiset vastaukset jäivät hyvän alapuolelle. Kokemattomimmat tiesivät jälkeisvaiheen parhaiten 3,71 keskiarvolla. Kaikkien ryhmien tietämisessä heikointa oli istukkaan liittyvä kysymys (keskiarvot 2,85–3). Jälkeisvaiheen osaamisessa 7 vuotta tai yli työkokemusta -ryhmä luotti osaamiseensa eniten keskiarvolla 3,3.

Poikkeavien synnytyksien tietämisen ja osaamisen kokivat parhaaksi 1–3 vuoden työkokemus ryhmä keskiarvoilla: tietäminen 4,1 ja osaaminen 3,27. Muiden ryhmien tietäminen jäi hyvän alle ja osaaminen kohtalaisen alapuolelle.

Vastasyntyneen tietämisen keskiarvot vaihtelivat 1–3 vuotta -ryhmän 4,08 ja 7 vuotta kokemusta tai yli -ryhmän 3,8 keskiarvon välillä. Osaamisen suhteen 7 vuotta kokemusta tai yli -ryhmän keskiarvo oli suurin: 3,8.

#### 8.4.3 Simulaatioharjoitus

Vastaajista 52 % (n=16) oli osallistunut simulaatiokoulutukseen. Heidän kokemuksensa omasta osaamisestaan oli selkeästi parempi jokaisella osa-alueella, verrattuna simulaatioharjoitukseen osallistumattomiin vastaajiin (kuvio 11).



Kuviossa keskiarvot vastausvaihtoehtojen mukaan, asteikolla 1–5, erittäin huonosta erittäin hyvään.

Kuvio 11. Simulaatioharjoitukseen osallistuneet ja osallistumattomat.

Tilannearvion tietäminen oli simulaatioon osallistuneilla keskiarvoltaan 4,62, kun toisessa ryhmässä se oli 3,93. Tilannearvion osaamisen keskiarvo oli simulaatioihin osallistuneilla 4,16 ja harjoituksiin osallistumattomilla 3,83.

Avautumisvaiheen tietämisessä ero oli pienin. Simulaatioon osallistuneiden keskiarvo oli 4,12, kun osallistumattomilla se oli 4. Osaamisen suhteen harjoituksiin osallistuneiden keskiarvo oli 4,06 ja osallistumattomilla 3,76.

Ponnistusvaihe tiedettiin keskiarvoltaan 3,89 simulaatioon osallistuneiden ryhmässä. Vertailuryhmässä tieto oli keskiarvoltaan 3,63. Ponnistusvaihe osattiin vertailuryhmässä 3,23 keskiarvolla. Simulaatioon osallistuneilla osaaminen oli 3,61.

Jälkeisvaihe oli heikoimmin tiedetty vaihe. Simulaatioon osallistuneiden tieto jälkeisvaiheesta oli keskiarvoltaan 3,66, kun toisella ryhmällä se oli 3,45. Osaamisen suhteen simulaatioon osallistuneiden keskiarvo oli 3,25 ja osallistumattomilla 3,08.

Poikkeavien synnytyksien hoidon tietäminen oli simulaatioon osallistuneilla keskiarvoltaan 3,91, kun toisella ryhmällä keskiarvo oli 3,47. Osaaminen oli kaikista vaiheista heikointa poikkeavien synnytysten hoidossa. Simulaatioon osallistuneet kokivat osaavansa poikkeavan synnytyksen hoidon keskiarvoltaan 3,19. Simulaatioon osallistumattomilla osaaminen jäi kohtalaisen alapuolelle keskiarvolla 2,67.

Vastasyntyneen hoidossa ja virvoittelussa tietäminen oli simulaatioon osallistuneilla keskiarvoltaan 4,06 ja simulaatioon osallistumattomilla 3,7. Simulaatioharjoitukseen osallistuneiden osaamisen keskiarvoksi muodostui 3,78. Toisen ryhmän osaaminen oli keskiarvolta 3,47.

## 8.5 Koulutustarve

Lisäkoulutustarve nousi kyselyssä vahvasti esille. Kysyttäessä ensihoitajien kokemuksia lisäkoulutustarpeesta synnytyksen eri vaiheisiin liittyen (taulukko 5), vastaajat kokivat sen erittäin tarpeelliseksi jokaisen synnytyksen vaiheen kohdalla. Etenkin vastasyntyneen hoitamiseen koettiin tarvittavan lisäkoulutusta, vastaajista 14 määritteli lisäkoulutustarpeeksi vaihtoehdon 4, paljon. Kahdeksan vastaajaa valitsi tähän kohtaan vaihtoehdon 5, erittäin paljon. Kohta b, matkasynnytyksessä avustaminen koettiin myös haasteelliseksi ja siihen 11 vastaajaa toivoi paljon lisäkoulutusta. Seitsemän vastaajaa valitsi

vastausvaihtoehdon 5, erittäin paljon. Vähiten koulutusta koettiin tarvittavan tilannearvion tekemiseen, kysyttäessä 11 vastaajaa valitsi kohdan 2, vähän ja yhdeksän vastaajaa valitsi kohdan 3, kohtalaisesti.

Taulukko 5. Ensihoitajien kokemukset lisäkoulutustarpeesta synnytyksen eri vaiheisiin liittyen (N=31).

	5 Erittäin paljon	4 Paljon	3 Kohtalaisesti	2 Vähän	1 Erittäin vähän
a. Tilannearvion tekemiseen	4	5	9	11	2
b. Matkasynnytyksessä avustamiseen	7	11	8	4	1
c. Vastasyntyneen hoitoon	8	14	5	2	2

## 9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön ja kyselytutkimuksen kaikissa vaiheissa toimittiin hoitotyön ja tutkimusetiikan ohjeita noudattaen. Jokaisen hoitotieteen ammattilaisen, joka voisi hyödyntää tutkimusta työssään, tulee arvioida, onko tutkimus eettisesti luotettava. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 361–364.) Aineisto kerättiin, analysoitiin ja raportoitin aineistoa kunnioittaen, sekä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Eriksson ym. 2007, 30–31).

Hyvässä tieteellisessä käytännössä tulisi noudattaa tieteellisiä toimintatapoja (rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus), sekä käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 361–366). Tässä opinnäytetyössä edellä mainitut näkyvät kattavana ja huolellisesti tehtynä kirjallisuuskatsauksena ja etenkin runsaalla ja monipuolisella lähteiden käytöllä. Tutkimusmenetelmä valittiin huolella ja kyselylomake toteutettiin eettistä ajattelua noudattaen. Vastaajien yksityisyyttä kunnioitettiin tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa tekijät ovat olleet rehellisiä ja esittäneet tiedon siten, kuin se on lähdekirjallisuudessa tuotu esille. Lisäksi on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta, jota on valvonut tekijöiden lisäksi omalta osaltaan myös opinnäytetyön ohjaaja TtT Jari Säämänen, sekä muut opiskelijat opinnäytetyöseminaareissa.

Tieteellisesti hyvään käytäntöön kuuluu myös avoimuus tulosten julkistamisessa ja muiden tutkijoiden sekä heidän töidensä kunnioittaminen. Lisäksi tulee määritellä tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajaa koskevat kysymykset. Täytyy myös muistaa ilmoittaa rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 361–366.) Nämä asiat hoidettiin opinnäytetyöprotokollaa noudattaen eli Turun ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaan tämä opinnäytetyö julkaistiin viimeistelyn jälkeen Theseus -tietokannassa, kun toimeksiantaja ja asianomaiset olivat siihen luvan antaneet. Lisäksi opinnäytetöistä pidettiin raportointiseminaari yhdessä muiden opiskelijoiden kanssa.

Tutkittavien oikeuksista puhutaan tutkimusetiikan yhteydessä. Tutkittavilla on oikeus tustua tutkimusta koskevaan tietoon ennen aineistonkeruuta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368–369.) Tämän tutkimuksen yhteydessä lähetettiin tutkimussuunnitelma Med Group Oy:n yhteyshenkilölle. Tutkittavilla on myös oikeus esittää selventäviä kysymyksiä. Lisäksi heidän täytyy olla tietoisesti suostuneita tutkimukseen. (Leino-Kilpi & Väli-

mäki 2014, 368–369; Kontula 2015, 30.) Kyselylomakkeen yhteydessä lähetettiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin kyselylomakkeen tarkoitus, selvitettiin vastaajien anonymiteetti, sekä kerrottiin tutkimuksen julkaisuhetki ja -paikka. Saatekirjeessä oli myös tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot, jotta kyselyyn vastaajat voisivat tarvittaessa kysyä lisätietoja aiheeseen liittyen ja saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368–369.)

Tutkittavien oikeutena on vielä edellä mainittujen lisäksi oikeus anonymiteettiin sekä kunnioittavaan kohteluun (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368–369; Leivonen 2015, 48–51). Osallistuminen tähän tutkimukseen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Kyselyyn vastattiin anonymisti. Opinnäytetyöhön osallistuvia opiskelijoita sitoo vaitiolovelvollisuus. Vastaajien yksityisyyttä suojeltiin kaikissa työn vaiheissa ja vastausten analysointi tapahtui anonymiteettiä kunnioittaen. Kaikki tutkimusaineisto hävitettiin opinnäytetyön julkaisun jälkeen. (Leivonen 2015, 50.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida mm. vastaavuudella aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa, metodisten valintojen kriittisellä arvioinnilla, tutkimuksen rajoitusten ja tunnuslukujen merkityksen analysoinnilla sekä tilastollisen merkitsevyyden ja otoskoon arvioinnilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47–48; Vilkkä 2007, 152–154). Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin aikaisempia tutkimuksia ja opinnäytetöitä vertaillen näiden tuloksia keskenään. Pienen näytteen ja vastausprosentin vuoksi vertailtavien muuttujien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä ei voitu laskea. Luotettavuutta pyrittiin lisäämään odottamalla useampien ensihoidon palveluntuottajien vastausta kyselyyn osallistumisesta, sekä kyselyn vastausaikaa pidentämällä. Kuitenkaan näistä toimenpiteistä ei ollut apua suuremman näytteen saamiseksi.

Opinnäytetyön aiheesta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia, ainoastaan opinnäytetöitä. Näistä opinnäytetöistä kolme oli vastaavuudeltaan samankaltaisia tämän opinnäytetyön kanssa. Näissä kolmessa opinnäytetyössä oli kuitenkin suppea näyte, vastaajia oli vain neljästä kuuteen. Logren & Pylkkönen 2013 opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, samoin kuin Pilpola & Silvola 2011 opinnäytetyössä. Kolmannessa, Salonen & Uppa 2009, käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, jossa haastateltiin neljää ensihoitajaa. Voidaan siis todeta tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuoneen uutta tietoa etenkin ensihoitajien näkemyksestä omista valmiuksistaan, koska tämän tutkimuksen näyte oli paljon edellisiä suurempi.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus tehtiin terveystieteen oppikirjoissa sekä arvostetuissa lehdissä julkaistujen artikkelien avulla. Tällöin kirjallisuuskatsauksesta sekä kyselylomakkeesta saatiin mahdollisimman informatiivinen ja luotettava. (Eriksson ym. 2007, 118–119.)

Ennen tutkimuksen aloittamista yritettiin saada useita VSSHP:n alueen ensihoidon palveluntuottajia osallistumaan tutkimukseen, mutta yhteistyöhön lähti ainoastaan Med Group Oy. Aineistonkeruussa käytettiin kaikkia Med Group Oy:n Varsinais-Suomen alueella työskenteleviä työntekijöitä. Kyselylomakkeen yhteydessä vastaajille lähetettiin saatekirje, jossa pyrittiin motivoimaan kyselyyn vastaamiseen. Lisäksi näytteen kasvattamiseksi oltiin yhteydessä Med Group Oy:n yhteyshenkilöön, joka omalta osaltaan pyrki kannustamaan työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Vastausprosentiksi nousi 25. Tällä prosentilla saatiin kattava näyte ja luotettava tulos Med Group Oy:n työntekijöiden näkemyksistä valmiuksistaan avustaa matkasynnytyksessä. Tuloksia ei voida yleistää kaikkiin VSSHP:n ensihoitajiin, sillä Varsinais-Suomessa on myös muita ensihoidon palveluntuottajia. Silti kyselyllä saatiin hieman näkemystä koko Varsinais-Suomen alueen tilanteesta, sillä Med Group Oy:llä keikkailee ensihoitajia, jotka työskentelevät vakituisesti VSSHP:n alueella jonkun muun ensihoidon palveluntuottajan palveluksessa. Tällöin saatiin tilastollisesti suuntaa antava tulos. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158–159.) Tuloksissa esitetyt vertailut eivät myöskään ole luotettavia eriävien taustamuuttujien vuoksi. Vertailtavat kohteet antavat jonkinlaista näkemystä tietyn taustamuuttujan vaikutuksesta matkasynnytyksessä avustamisen osaamiseen, mutta tuloksia ei voida yleistää muiden taustamuuttujien eriävyyden vuoksi.

Aineiston analysoinnissa keskityttiin huolellisuuteen, samoin kuin suunnitteluvaiheessa. Työn suunnittelu ja tutkimussuunnitelman toteutus tehtiin huolellisesti ja pitkään hioen. Hyvin toteutettu suunnittelu takasi yksinkertaisen analysoinnin. (Vilkka 2007, 117.)

Validiteetilla arvioidaan onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla taas arvioidaan tulosten pysyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–159.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli mitata ensihoitajien näkemyksiä omista valmiuksistaan matkasynnytyksessä avustamisessa. Jokainen kysymys oli valikoitu tutkimusongelmien ja kirjallisuuskatsauksen avulla, jolloin saatiin luotettava kyselylomake. Kyselyllä saatiin vastaus tutkimusongelmiin, jolloin voidaan todeta tutkimuksen olevan validi. Ongelmaksi kuitenkin nousi pieni näyte, jonka vuoksi tutkimusta ei voida pitää tilastollisesti merkittävänä tai pysyvänä, jolloin reliabiliteetti ei täysin toteudu.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ensihoitajien näkemys omasta osaamisestaan avustaa matkasynnytyksessä. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella Weprobol-ohjelman avulla. Kyselylinkki lähetettiin VSSH:n alueen Med Group Oy:n työntekijöille.

Työn suunnitteluvaiheessa aiheen rajaamista pohdittiin tarkasti. Tavoitteena oli rajata kyselylomake sisältämään synnytyksen eri vaiheiden oleelliset tiedot, jotka jokaisen ensihoitajan tulisi hallita. Normaalin synnytyksen vaiheiden lisäksi päädyttiin kyselyyn ottamaan yleisimmät poikkeavat synnytykset. Poikkeavista synnytyksistä työhön valittiin ne, jotka esiintyivät yleisimmin ensihoidon kirjallisuudessa. Alkuperäisenä tarkoituksena oli sisällyttää kyselyyn myös vastasyntyneen elvytys, mutta se päädyttiin jättämään pois aiheen laajuuden vuoksi.

Opinnäytetyön tuloksien yleistettävyyttä heikensi vastausten vähäinen määrä ja kohde-ryhmän jääminen vain VSSH:n alueen Med Group Oy:n henkilökunnaksi. Tutkijat oletivat myös saavansa Med Group Oy:ltä enemmän vastauksia tiedossa olevan henkilökunnan määrän vuoksi. Alhaisen vastausprosentin vuoksi tuloksia ei voida yleistää. Vähäisestä vastausmäärästä huolimatta opinnäytetyön näytteeksi saatiin paljon suurempi verrattuna edellisiin vastaaviin opinnäytetöihin. Tämän vuoksi opinnäytetyö on huomattavasti aiempia luotettavampi. Vastaajien joukossa oli myös muualla työskenteleviä keikkalaisia, jonka vuoksi opinnäytetyön tulos kattaa Vakka-Suomen, Salon ja Kemiönsaaren lisäksi muitakin alueita.

Tuloksissa selvisi, että ensihoitajat kokevat tietonsa ja osaamisensa olevan heikointa jälkeisvaiheen hoidossa sekä poikkeavissa synnytyksissä. Samoin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, lisäkoulutustarve nousi vahvasti esille (Salonen & Uppa 2009; Pilpola & Silvola 2011; Logren & Pylkkönen 2013). Vaikka synnytyksen muiden vaiheiden hoidon tietäminen ja osaaminen oli pääasiassa kohtalaista tai hyvää, kokivat ensihoitajat tarvitsevänsä lisäkoulutusta kaikkiin osa-alueisiin.

Tutkimustuloksissa tutkijoita yllätti se, että ensihoitajat kokivat osaavansa hoitaa poikkeavista synnytyksistä napanuoran esiinluiskahtamistilanteen paremmin kuin perätilasynnytyksen. Lisäksi oli kiinnostavaa huomata, kuinka tieto oli jokaisessa kysytyssä osiossa koettu paremmin hallituksi kuin osaaminen vastaavassa tilanteessa. Tästä voisi

päätellä ensihoitajien tarvitsevan teorian tiedon sijaan enemmän simulaatioharjoituksia todellisen osaamisen varmistamiseksi.

Opinnäytetyön tekeminen oli erittäin mielenkiintoista ja antoisaa. Matkasynnytyksen valinta opinnäytetyön aiheeksi oli alusta asti tekijöille selvää. Haastavien aikataulujen vuoksi päädyttiin opinnäytetyötä työstämään pääsääntöisesti yksin. Tekstien yhteneväisyys varmistettiin säännöllisillä tapaamisilla ja siihen panostettiin varsinkin työn loppuvaiheessa. Oman haasteensa opinnäytetyön tekemiseen toi tekijöiden melko vähäinen kokemus tutkimuksen tekemisestä. Hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi tutkijat perehtyivät laajasti eri tutkimus- ja analysointimenetelmiin. Opinnäytetyön ansiosta tekijöille muodostui selkeä käsitys tutkimusprosessin etenemisestä sekä selkeiden kyselyiden muodostamisesta.

Tutkimusta voidaan hyödyntää matkasynnytyksiin liittyvien koulutuksien sisällön suunnitteluun. Jatkotutkimuksena kysely voitaisiin uusida laajemmalle alueelle. Toinen tarpeellinen jatkotutkimuksen aihe olisi selvittää, mikä on ensihoitajien matkasynnytyksessä avustamisen todellinen osaaminen. Tärkeää olisi myös kartoittaa ensihoitajien osaaminen vastasyntyneen elvytyksessä. Tässä työssä se oli aluksi tarkoitus ottaa osaksi kyselyä, mutta aihetta rajatessa päätettiin elvytys jättää pois. Näiden jatkotutkimusehdotusten lisäksi olisi hyvä tutkia paranevatko valmiudet synnytyksessä avustamiseen mahdollisten koulutusten jälkeen.



## LÄHTEET

- Abdel-Aleem, H.; Hofmeyr, G.J.; Shokry, M. & El-Sonoosy, E. 2006. Uterine massage and postpartum blood loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 93/2006, 238–239.
- Castrén, M. & Peräjoki, K. 2016a. Synnyttäjän välitön tilanarvio ja esitiedot 791 (ht). *Ensihoito-opas*. Viitattu 25.5.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/avaa?p\\_artikkeli=eho00155&p\\_haku=synnytys](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=eho00155&p_haku=synnytys)
- Castrén, M. & Peräjoki, K. 2016b. Hoito normaalissa synnytyksessä 791 (ht). *Ensihoito-opas*. Viitattu 7.2.2016 <http://terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/eho/koti>
- Castrén, M. 2016a. Synnytyksen ongelmatilanteet 791 (ht). *Ensihoito-opas*. Viitattu 22.1.2016 <http://terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/eho/koti>
- Castrén, M. 2016b. Vastasyntyneen tutkiminen ja hoito 791 (ht). *Ensihoito-opas*. Viitattu 28.1.2016 <http://terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/eho/koti>
- Castrén, M. 2016c. Hoito perätilasynnytyksessä 791 (ht). *Ensihoito-opas*. Viitattu 31.5.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=eho00158&p\\_haku=hoito%20per%C3%A4tilasynnytyksess%C3%A4](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=eho00158&p_haku=hoito%20per%C3%A4tilasynnytyksess%C3%A4)
- Ekblad, U. 2013a. Synnytys. Lääkärin käsikirja. Viitattu 8.2.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01377&p\\_haku=synnytys](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01377&p_haku=synnytys)
- Ekblad, U. 2013b. Synnytyksen hoito sairaalan ulkopuolella. Lääkärin käsikirja. Viitattu 2.2.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00648&p\\_haku=napa-nuora\\*](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00648&p_haku=napa-nuora*)
- Elomaa, T. & Silvennoinen, H. 2012. Lapsen ennenaikainen syntymä sairaalan ulkopuolella. *Lääkärilehti*. Viitattu 17.3.2016 [http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tyossa/ilman-ajanva-  
rausta/lapsen-ennenaikainen-syntyma-sairaalan-ulkopuolella/](http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/tyossa/ilman-ajanva-<br/>rausta/lapsen-ennenaikainen-syntyma-sairaalan-ulkopuolella/)
- Elvytys: Käypä hoito –suositus 2016. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.2.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi17010>
- Eriksson, K.; Isola, A.; Kyngäs, H.; Leino-Kilpi, H.; Lindröst, U.Ä.; Paavilainen, E.; Pietilä, A-M.; Salanterä, S.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY.
- European Resuscitation Council 2015. Newborn life support. Viitattu 6.2.2016 [http://www.cpr-guidelines.eu/assets/downloads/posters/Poster\\_Babies\\_NLS\\_Algorithm\\_ENG\\_V20151005\\_HRES\\_site.pdf?](http://www.cpr-guidelines.eu/assets/downloads/posters/Poster_Babies_NLS_Algorithm_ENG_V20151005_HRES_site.pdf?)
- Fellman, V. & Luukkainen, P. 2016. Asfyksia. Lastentaudit. Viitattu 25.5.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=lta00090&p\\_haku=elvytys%20vasta-syntynyt](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=lta00090&p_haku=elvytys%20vasta-syntynyt)
- FinnHEMS 2016. Hälytyskriteerit. Viitattu 24.2.2016 <http://www.finnhems.fi/ammattilaiselle/halytyskriteerit/>
- Gillis, A. & Jackson, W. 2002. *Research for Nurses. Methods and Interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Gimovsky, M. 2008. Abnormal Fetal Lie and Presentation. Viitattu 7.2.2016 [http://www.glowm.com/section\\_view/heading/Abnormal%20Fetal%20Lie%20and%20Presentation/item/135](http://www.glowm.com/section_view/heading/Abnormal%20Fetal%20Lie%20and%20Presentation/item/135)

- Gissler, M. & Raudaskoski, T. 2014. Monisynnyttäjän obstetriset erityispiirteet. Duodecim. Viitattu 7.2.2016 [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p\\_auth=AR49ahgp&p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo11736&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=monisynnytt%C3%A4j%C3%A4n](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_auth=AR49ahgp&p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11736&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=monisynnytt%C3%A4j%C3%A4n)
- Hartikainen, J. 2014. Hoitoelvytys. Sydänsairaudet. Viitattu 11.5.2016 [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00088](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00088)
- Hautaniemi, S.; Iloa, T. & Rahkala, M-K. 2013. Sikiön poikkeava tarjonta. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 10.5.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=aop00133&p\\_haku=poikkeava%20synnytys](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00133&p_haku=poikkeava%20synnytys)
- Heikinheimo, O.; Nuutila, M. & Purho, J. 2008. Kaksosraskaudet. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 7.2.2016 [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=3C85F9D125845FE53E277F76FEB8FCCB?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinnumero&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo97249](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=3C85F9D125845FE53E277F76FEB8FCCB?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo97249)
- Henttonen, K. 2015. Salon synnytykset Turkuun ennen joulua. Salon seudun sanomat. Viitattu 12.3.2016 <http://www.sss.fi/2015/10/salon-synnytykset-turkuun-ennen-joulua/>
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. 2. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kalliomäki, K. 2014. Hätänumeroon yli 2000 synnytyksiin liittyvää puhelua vuodessa. Häläri. Viitattu 24.4.2016 [http://www.112.fi/halari/verkottunuttoiminta/verkottunuttoiminta/10/0/hatanumeroon\\_yli\\_kaksi\\_tuhatta\\_synnytyksiin\\_liittyvaa\\_puhelua\\_vuodessa\\_54419](http://www.112.fi/halari/verkottunuttoiminta/verkottunuttoiminta/10/0/hatanumeroon_yli_kaksi_tuhatta_synnytyksiin_liittyvaa_puhelua_vuodessa_54419)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kontula, K. 2015. Hyvä tutkimussuunnitelma. Teoksessa Keränen, T. & Pasternack, A. (toim.) Kliinisen tutkimuksen etiikka. Opas tutkijoille ja eettisille toimikunnille. Helsinki: Duodecim Oy, 26–32.
- Kurola, J. 2016. Vastasyntyneen virvoittelu ja elvytys 700, 701, 791 (ht). Ensihoito-opas. Viitattu 28.1.2016 <http://terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/eho/koti>
- Laajasalo, S. & Rusanen, S. 2015. Kuva 5.42. Navan sitominen. Teoksessa: Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 275
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8 uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro OY
- Leivonen, R. 2015. Tietosuoja kliinisessä tutkimuksessa. Teoksessa Keränen, T. & Pasternack, A. (toim.) Kliinisen tutkimuksen etiikka. Opas tutkijoille ja eettisille toimikunnille. Helsinki: Duodecim Oy, 44–52.
- Logren, A. & Pylkkönen, S. 2013. Ensihoitohenkilöstön osaaminen matkasynnytyksen hoidossa. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu. Saatavissa myös [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68037/Logren\\_Anu.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68037/Logren_Anu.pdf?sequence=1)

- Luukkainen, P. 2011a. Hyväkuntoisen vastasyntyneen hoito ja seuranta synnytysshuoneessa. Naistentaudit ja synnytykset. Viitattu 22.4.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=lta00031&p\\_haku=terve%20vastasyntynyt](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=lta00031&p_haku=terve%20vastasyntynyt)
- Luukkainen, P. 2011b. Vastasyntynyt. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim Oy, 326–334.
- Mansikka, H. & Tuominen, S. 2014. Synnytyssairaaloihin enää 29 – määrä vähenee edelleen. Yle. Viitattu 8.3.2016 [http://yle.fi/uutiset/synnytyssairaaloihin\\_enaa\\_29\\_maara\\_vahenee\\_edelleen/7193762](http://yle.fi/uutiset/synnytyssairaaloihin_enaa_29_maara_vahenee_edelleen/7193762)
- McCreesh, S. 2012. Reducing the risk of postpartum haemorrhage in paramedic practice. Journal of Paramedic Practice 6/2012, 335–342.
- MedKit. 2015. Synnytyssetti. Viitattu 15.3.2016 <http://www.medkit.fi/synnytyssetti>
- Metsäranta, M. 2014. Lapsen syntymä sairaalan ulkopuolella. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 25.5.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00907&suositusid=hoi50065>
- Moscovitz, HC.; Magriples, U.; Keissling, M. & Schriver, JA. 2000. Care and outcome of out-of-hospital deliveries. Viitattu 17.3.2016 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02264.x/epdf>
- Nieminen, K. 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. Selvityshenkilön raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Oksanen, T. & Turva, J. 2015. Ensihoidon taskuopas. 15. uudistettu painos. Espoo: Suomen ensihoidon tiedotus Oy.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 24.2.2016 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
- Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Tammer-paino Oy: Tampere.
- Parahoo, K. 2014. Nursing Research. Principles, process and issues. Third edition. London: Palgrave Macmillan.
- Pilpola, S. & Silvola, E. 2011. Loimaan sairaankuljetuksen teoreettiset valmiudet hätäsynnytykseen. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa myös [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31560/Pilpola\\_Susanna\\_Siivola\\_Emmi.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31560/Pilpola_Susanna_Siivola_Emmi.pdf?sequence=1)
- Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. 2015. Syntymän jälkeinen kätilötyö. Teoksessa Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 290–303.
- Raudaskoski, T. 2011. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 428–434.
- Raussi-Lehto, E. 2015a. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 221–243.
- Raussi-Lehto, E. 2015b. Syntymän hoidon toteutus. Teoksessa Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 248–281.

- Salonen, P. & Uppa, E. 2009. Apua nyt se syntyy! – Sairaalan ulkopuolella hoidettavien synnytysten laadun parantaminen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Saatavissa myös [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4701/Salonen\\_Paula%20Uppa\\_Eeva.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4701/Salonen_Paula%20Uppa_Eeva.pdf?sequence=1)
- Sariola, A. & Haukkamaa, M. 2004. Normaali synnytys. Teoksessa Kauppila, A. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 325–335.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011a. Normaali raskaus. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 308–314.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011b. Normaali synnytys. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 315–325.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011c. Toinen vaihe. Naistentaudit ja synnytykset. Viitattu 25.5.2016 <http://www.oppiportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/op/njs02904/do#q=synnytys>
- Silfvast, T.; Oulasvirta, J. & Halmesmäki, E. 2007. Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella Medi-Heli 01:n toiminta-alueella 1.4.2003-31.12.2005. Finnanest 5/2007, 449–452.
- Sopanen, P. 2009. Synnytys. Teoksessa Castrén, M.; Aalto, S.; Rantala, E.; Sopanen, P. & Westergård, A. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 565–570.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4.2011/340.
- STM 2005. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelu. Opas hälytysohjeen laatimiseksi. Viitattu 24.2.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111663/Oppaita\\_2005\\_23\\_sairaankuljetus\\_ja\\_ensihoido.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111663/Oppaita_2005_23_sairaankuljetus_ja_ensihoido.pdf?sequence=1)
- Stumpf, M. & Ufberg, J.W. 2005. Nuchal cord. Teoksessa Greenberg, M.; Hendrickson, R.G. & Silverberg, M. (toim.) Atlas of Emergency Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, 390.
- Suomen kättilöliitto. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa – hoitotyön suositus välilihan repeämien ehkäisemiseksi. Viitattu 6.2.2016 [https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatilloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/synnyttajan\\_hoito\\_ponnistusvaiheessa\\_suositus\\_2011\\_ver-sio3.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatilloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/synnyttajan_hoito_ponnistusvaiheessa_suositus_2011_ver-sio3.pdf)
- THL. 2015a. Paperisen äitiyskortin sisältö. Viitattu 19.2.2016 <https://www.thl.fi/documents/920473/1449801/Paperisen+%C3%84itiyskortin+sis%C3%A4lt%C3%B6/060307e1-fa10-4b5b-b4a9-5ef7c29bb454>
- THL. 2015b. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Viitattu 22.01.2016 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19\\_15.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126971/Tr19_15.pdf?sequence=5)
- THL. 2015c. Vastasyntyneet 2014. Viitattu 7.2.2016 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129578/Tr24\\_15.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129578/Tr24_15.pdf?sequence=1)
- THL. 2011. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Viitattu 22.01.2016 <http://www.julkari.fi/handle/10024/80138>
- Tuimala, R. & Uotila, J. 2011. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Tapanainen, J. & Ylikorkala, O. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 460–467.
- Turun ammattikorkeakoulu 2013. Opintosuunnitelmat, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä naisen ensihoito- ja hoitotyö. Viitattu 13.3.2016 [https://ops.turkuamk.fi/opsnet/disp/fi/ops\\_Opet-TapTeks/tab/tab/sea?opettap\\_id=13434073&stack=push](https://ops.turkuamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_Opet-TapTeks/tab/tab/sea?opettap_id=13434073&stack=push)
- Uotila, J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. Suomen lääkärilehti. Viitattu 3.3.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltkb/avaa?p\\_artik-keli=sll25727&p\\_haku=per%C3%A4tilasynnytys](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltkb/avaa?p_artik-keli=sll25727&p_haku=per%C3%A4tilasynnytys)

Valli, J. 2016. Ensihoitopalvelussa toimivat lääkärit. Ensihoito-opas. Viitattu 25.5.2016 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=eho00198&p\\_haku=ensihoito%C3%A4%C3%A4k%C3%A4ri](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=eho00198&p_haku=ensihoito%C3%A4%C3%A4k%C3%A4ri)

Vastasyntyneen elvytys: Käypä hoito –suositus. 2014. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 31.1.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50065>

Vastasyntyneen stimulointi hengityksen käynnistämiseksi: Käypä hoito –kuvat 2014. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.5.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=4662930126C7CADA663CFFAE8DC9D6DA?id=imk00877>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

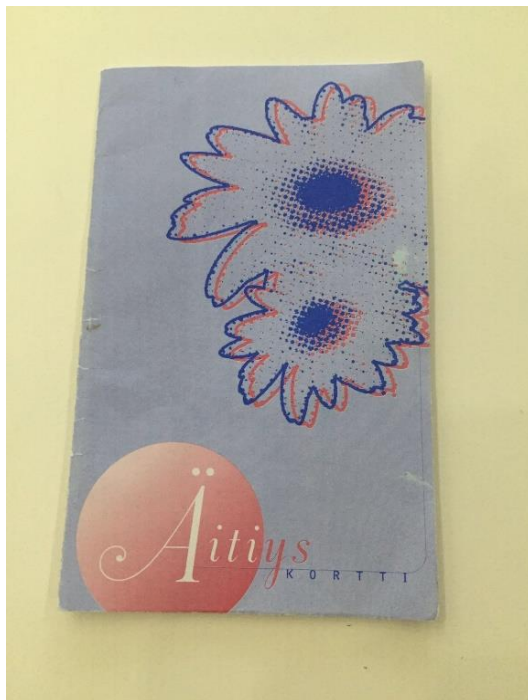
Wyllie, J.; Bruinenberg, J.; Roeher, C.C.; Rüdiger, M.; Trevisanuto, D. & Urlesberger, B. 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. Viitattu 2.6.2016 [http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/guidelines/S0300-9572\(15\)00341-X\\_main.pdf?](http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/guidelines/S0300-9572(15)00341-X_main.pdf?)

Ylä-Outinen, A. 2015. Synnytys sairaalan ulkopuolella. Teoksessa: Kuisma, M.; Holmström, P.; Nurmi, J.; Porthan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 639–641.

Äimälä, A-M. 2015a. Matkasynnytys. Teoksessa: Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 385–388.

Äimälä, A-M. 2015b. Perätilaraskaus ja –synnytys. Teoksessa: Paananen, U.; Pietiläinen, S.; Raussi-Lehto, E.; Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy, 490–498.

# Äitiyskortti 2015



Äitiyskortin kansi.

ÄITIYSKORTTI		ESITIEDOT																									
Nimi	Henkilötunnus	Raskauden kannalta merkittävät sairaudet ja leikkaukset																									
Osoite		<input type="checkbox"/> Sokentauti <input checked="" type="checkbox"/> Virtsatieinfektio <input type="checkbox"/> Allergia <input type="checkbox"/> Verenpainetauti <input type="checkbox"/> Munuaistauti <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Sydän- ja / tai -sairaus <input type="checkbox"/> Makasaairaus <input checked="" type="checkbox"/> Leikkaukset																									
Lääkärin vastaanotto / ajantaus	Puhelin	Muuta huomiotavaa terveydentilasta																									
Terveydenhoitajan vastaanotto / ajantaus	Puhelin	Kilpirauhasen vajaatoiminta → Thyronin + 9.3 viikoksi → selexid nied + katekolit leikkauksen n. 20 vuotta allerginen sitouhdehoidille + jho kuma																									
Neuvola		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Terveystottumukset</th> <th colspan="2">Passiivinen tupakointi</th> <th colspan="2">Alkoholi</th> <th colspan="2">Huumeiden käyttö</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENNEN RASKAUTTA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> </tr> <tr> <td>RASKAUDEN AIKANA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td> </tr> </tbody> </table>		Terveystottumukset		Passiivinen tupakointi		Alkoholi		Huumeiden käyttö		ENNEN RASKAUTTA	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	RASKAUDEN AIKANA	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä
Terveystottumukset		Passiivinen tupakointi		Alkoholi		Huumeiden käyttö																					
ENNEN RASKAUTTA	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä																				
RASKAUDEN AIKANA	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä																				
Syntyssairaal / poliklinikka		Suositellaan BCG-rokotusta lapselle																									
Osoite		<input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä																									
Yhteystiedot	Puhelin	Muuta mainittavaa terveydestottumuksista																									
Muita yhteystietoja		Solari raskaus 24-28 viikkoa - de strep B negatiivinen																									

Äidin henkilötiedot ja esitiedot.



**Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset**

**Nykyraskaus**

Moneko raskaus/synnytykset: G 1 P 0 Aina, ikä: Pituus, cm: Paino ennen raskautta, kg: BMI: 4

Edeltänyt ehkäisy, mikä: Lopetettu

VERITYYHMA: Pvm: 20.4.15 Rh: va Tutkimus: Pvm: 20.7.15 Tulos: neg

Sokeritasitus (g): pvm/rask.vk: 14.2.15 32+4 10h 44 1h 7.6 2h 7.3

Kuukautiskierron pituus: vrk: Vimeiset kuukautiset: 31.1.15 Laskettu aika: Hedelm. ajankohta: Raskauskoe positiivinen

Kaukutkimus: Pvm: Viikko: mm: Vastaa viikkoo: Todennäköisin laskettu aika: Pää-perämitta: 23.4.15 116 57 12+2 B-mitta: 22-15 21-6 52 21+5 B-mitta: Istukan paikka: Jokaan. Muu kaikutut: NT 1.93 rask.

Kohdunsuu: Päivä-määrä: Rask. viikko: Kintelä: Pehmeä: Auki (cm): Pituus (cm): Muuta huomioitavaa: Tutkimuksen tekijä

Lisätietoja

Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset sekä nykyraskaus.

**Seuranta raskauden aikana**

**TUTKIMUSARVOT JA TUPAKOINTI**

**Kohdun- pohjan korkeus**

**Lapsi- veden määrä**

**Savuk- keiden lkm/vrk**

**SIKIÖ**

**Paino- annio, g**

**Tarjon- ta**

**Sydä- men syke**

**Liik- keet**

**Tutki- muksen tekijä**

**Päivä- määrä**

**Paino ennen raskautta, kg**

**BMI**

**Lopetettu**

**Ei eh- käisyä**

**Pvm**

**Tulos**

**mmol/l**

**2h 7.3**

**Laskettu aika**

**Todennäköisin laskettu aika**

**Tutki- muksen tekijä**

**\*) R = runsas, N = normaali, V = vähän \*\*) ++ = normaali + = vähän - = ei ollenkaan**

Seuranta raskauden aikana.

# Aineistonkeruulupahakemus

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU/Terveysala

31.3.2016

## ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

HAKIJA/HAKIJAT	Koulutusala
Henna Turunen	Ensihoitaja AMK
Reetta Pelkonen	Ensihoitaja AMK
Yhteyshenkilö Henna Turunen Osoite ja puh. Rusthollinkatu 2 J 8920880 Turku 0400565401	

Opinnäytetyön nimi	Matkasynnytyksessä avustaminen – Ensihoitajien näkemys omista valmiuksistaan
Aineiston keruun kohde ja aineiston luonne ja koko	VSSHP:n alueen Med Group OY:n työntekijät Kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella Webropolin avulla Kaikki VSSHP:n alueen Med Group OY:n vakituiset ja keikkalaiset työntekijät
Aineiston kokoamistapa ja ajankohta	Webropolin avulla tehty kyselylomake Viikot 14-16
Arvioitu valmistumisaika	Kesäkuu 2016
Ohjaaja	TtT Jari Säämänen

Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa vain opinnäytetyön tekemiseen ja siten, että aineiston keruun kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Päiväys 31.3.2016

Allekirjoitus Henna Turunen  
Reetta Pelkonen

Lupa myönnetty 1.4.2016 Lupa eväetty \_\_\_\_\_

Perustelu \_\_\_\_\_

Päättäjän allekirjoitus Heidi Mannila Päiväys 1.4.16

Yhteyshenkilö Heidi Mannila

Lupa-anomukseen liitetään ohjaajien hyväksymä tutkimus-/työsuunnitelma. Anomus jätetään kahtena kappaleena, joista toisen luvasta päättäjä palauttaa käsittelyn jälkeen lupaa hakeneille.



## Saatekirje ensihoitajille

Hyvä ensihoitaja!

Olemme Turun ammattikorkeakoulun ensihoidon opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä aiheesta: Matkasynnytyksessä avustaminen – ensihoitajien näkemys omista valmiuksistaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millainen näkemys ensihoitajilla itsellään on heidän omasta osaamisestaan toimia matkasynnytystilanteessa. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään ensihoitajien koulutustarpeen määrittämisessä sekä sisältöjen suunnittelussa koskien sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä avustamista.

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista, mutta olisi erittäin tärkeää, että kaikki osallistuisivat. Jokaisella vastauksella on suuri merkitys kokonaiskuvan saamiseksi ensihoitajien valmiuksista avustaa matkasynnytyksissä sekä mahdollisesta lisäkoulutustarpeesta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Kyselyyn vastataan alla löytyvän linkin kautta. Vastaaminen kestää n. 10 minuuttia.

Tämä kysely on osoitettu kaikille Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toimiville Med Group Oy:n ensihoitajille. Kyselyyn vastataan anonymisti. Opinnäytetyöhön osallistuvia opiskelijoita sitoo vaitiolovelvollisuus. Teidän yksityisyyttänne suojellaan kaikissa työn vaiheissa ja vastaus-ten analysointi sekä taustatietojen ja tulosten raportointi tapahtuu niin, että kukaan yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Opinnäytetyö raportoidaan Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa keväällä 2016. Lopullinen opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, josta se on kaikkien luettavissa.

Pyydämme ystävällisesti teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Mikäli esiintyy kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

### **Turun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Ensihoitajakoulutus**

Reetta Pelkonen

[reetta.pelkonen@edu.turkuamk.fi](mailto:reetta.pelkonen@edu.turkuamk.fi)

puh. 040 7011092

Henna Turunen

[henna.turunen@edu.turkuamk.fi](mailto:henna.turunen@edu.turkuamk.fi)

puh. 040 0565401

### **Opinnäytetyön ohjaajana toimii:**

Jari Säämänen, TtT, ensihoidon yliopettaja

Ruiskatu 8, 20720 Turku

[jari.saamanen@turkuamk.fi](mailto:jari.saamanen@turkuamk.fi) puh. 040 3550412

# Kyselylomake ensihoitajille

## Taustatiedot

Ympyröi oikea vastaus

**1. Sukupuoli:**

- a. Mies
- b. Nainen

**2. Ylin suoritettu tutkinto:**

- a. Ensihoitaja AMK
- b. Sairaanhoidaja AMK + 30 op jatko-opinnot
- c. Sairaanhoidaja + 30 op jatko-opinnot
- d. Sairaanhoidaja AMK
- e. Lähihoitaja
- f. Pelastaja

**3. Toimipaikka**

- a. Salon ja Kemiönsaaren alue
- b. Uudenkaupungin alue (Vakka-Suomi)

**4. Työsuhde**

- a. Vakituinen työntekijä
- b. Keikkalainen

**5. Työkokemus ensihoidossa vuosina: \_\_\_\_\_**

(Avoin vastaus)

**6. Oletko avustanut synnytyksessä?**

- a. Kyllä
- b. En

Kysymys vain niille, jotka ovat avustaneet synnytyksessä

7. Kuinka monta kertaa olet avustanut synnytyksessä? \_\_\_\_\_
8. Oletko osallistunut matkasynnytystä koskeviin simulaatioharjoituksiin?
  - a. Kyllä
  - b. En

#### **MATKASYNNYTYKSESSÄ AVUSTAMISVALMIUKSIA KARTOITTAVAT KYSYMYKSET**

Seuraavaksi esitetään väittämiä synnytyksen avustamiseen liittyen. Väittämät on jaoteltu synnytyksen eri vaiheiden mukaan. Väittämät ovat muodossa tiedän ja osaan. ”Tiedän” kysymyksillä kartoitetaan asian teoreettista osaamista ja ”Osaan” kysymyksillä synnytystilanteessa toimimisosaaamista. Valitse parhaiten osaamistasi kuvaava vastausvaihtoehto asteikosta 1-5 (5 = erittäin hyvin, 4 = hyvin, 3 = kohtalaisesti, 2 = huonosti ja 1 = erittäin huonosti). Jos sinulla ei ole kokemusta synnytystilanteesta, niin arvioi osaamisesi sen mukaan millainen arvioisit sen olevan.

#### **TILANNEARVIO**

9. Tiedän asiat, jotka synnytystehtävän (791) tilannearviossa tulisi selvittää: (Asteikolla 1-5)
10. Osaan tehdä tilannearvion synnytystehtävällä (791): (Asteikolla 1-5)
11. Tiedän mitä tietoja äitiyskortista löytyy: (Asteikolla 1-5)
12. Osaan tulkita äitiyskortissa olevat tiedot: (Asteikolla 1-5)

#### **AVAUTUMISVAIHE**

13. Tiedän miten supistusten tiheyttä ja kestoa tulisi seurata: (Asteikolla 1-5)
14. Osaan seurata supistusten tiheyttä ja kestoa: (Asteikolla 1-5)
15. Tiedän miltä lapsiveden tulisi näyttää: (Asteikolla 1-5)
16. Osaan tunnistaa lapsivedenmenon ja värin: (Asteikolla 1-5)

#### **PONNISTUSVAIHE**

17. Tiedän missä vaiheessa äitiä tulisi ohjata ponnistamaan: (Asteikolla 1-5)
18. Osaan ohjata äitiä ponnistamaan oikeassa vaiheessa: (Asteikolla 1-5)
19. Tiedän miten äitiä tulisi ohjata ponnistamaan: (Asteikolla 1-5)
20. Osaan ohjata äitiä ponnistamaan: (Asteikolla 1-5)
21. Tiedän miten välilihaa tulisi tukea ponnistuksen aikana: (Asteikolla 1-5)
22. Osaan tukea välilihaa ponnistuksen aikana: (Asteikolla 1-5)
23. Tiedän miten vauvan hartiat tulisi avustaa ulos: (Asteikolla 1-5)

**24. Osaan avustaa vauvan hartiat ulos: (Asteikolla 1-5)**

### **JÄLKEISVAIHE**

**25. Tiedän miten äidin vuotoa tulisi hillitä jälkeisvaiheessa (Asteikolla 1-5)**

- a. Kohtua hieromalla
- b. Oksitosiinia antamalla
- c. Rintoja stimuloimalla
- d. Jollakin muulla tavalla, millä? (avoin vastaus)

**26. Osaan hillitä äidin vuotoa jälkeisvaiheessa? (Asteikolla 1-5)**

- a. Kohtua hieromalla
- b. Oksitosiinia antamalla
- c. Rintoja stimuloimalla
- d. Jollakin muulla tavalla, millä? (avoin vastaus)

**27. Tiedän miten jälkeisten syntymisen ja istukan eheys tulisi tunnistaa: (Asteikolla 1-5)**

**28. Osaan tunnistaa jälkeisten syntymisen ja istukan eheyden: (Asteikolla 1-5)**

### **POIKKEAVAT SYNNYTYKSET**

**29. Tiedän miten perätilasynnytyksessä tulisi avustaa: (Asteikolla 1-5)**

**30. Osaan avustaa perätilasynnytyksessä: (Asteikolla 1-5)**

**31. Tiedän miten napanuoran esiinluiskahtamistilanteessa tulisi toimia: (Asteikolla 1-5)**

**32. Osaan toimia napanuoran esiinluiskahtamistilanteessa tilanteen edellyttämällä tavalla: (Asteikolla 1-5)**

#### **VASTASYNTYNEEN HOITO**

- 33. Tiedän ne asiat (löydökset) joiden perusteella vastasyntyneen vointi tulisi arvioida: (Asteikolla 1-5)**
- 34. Tiedän miten APGAR-pisteiden tulisi määräytyä kussakin arvioitavassa asiassa (löydöksessä): (Asteikolla 1-5)**
- 35. Osaan laskea vastasyntyneen lapsen APGAR-pisteet: (Asteikolla 1-5)**
- 36. Osaan arvioida vastasyntyneen voinnin APGAR-pisteiden perusteella: (asteikolla 1-5)**
- 37. Tiedän miten vastasyntynyttä tulisi virvoitella: (Asteikolla 1-5)**
- 38. Osaan virvoitella vastasyntynyttä: (Asteikolla 1-5)**

- 39. Mikä on mielestäsi synnytyksessä avustamisen vaativin vaihe?**

(Avoin vastaus)

**Vastaa alla olevaan kysymykseen oman näkemyksesi mukaan asteikolla 5 = erittäin paljon, 4 = paljon, 3 = kohtalaisesti, 2 = vähän ja 1 = erittäin vähän**

- 40. Missä määrin koet tarvitsevasi lisäkoulutusta ? (1-5)**

- a. Tilannearvion tekemiseen
- b. Matkasynnytyksessä avustamiseen
- c. Vastasyntyneen hoitoon